Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 22. 29. Mai 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Streptococcus longus pyothorakos.[1])

Von Dr. *L. Heim*, k. Stabsarzt und Privatdocenten an der Universität Würzburg.

Die Richtung, in der sich die Methoden der Behandlung und die Heilung von Infectionskrankheiten hauptsächlich bewegen, lässt die möglichst genaue bakteriologische Diagnose von Krankheiten nicht bloss als eine Sache des Interesses vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus erscheinen, sondern macht sie zu einem Ding von grosser praktischer Wichtigkeit und Tragweite.

Wenn man der Ansicht sein konnte, dass es für die Therapie belanglos sei, ob in einem pleuritischen Exsudate — und diesem wendet sich mein heutiger Vortrag zu — Streptococcen oder lancettförmige Kapselcoccen zu finden seien, oder vielleicht ein anderes pyogenes Bacterium, so erhoben sich bereits Stimmen, dass es, für die Prognose wenigstens, einen Unterschied mache, ob man es im gegebenen Falle mit diesem oder mit jenem Kleinwesen zu thun habe. Für den Tuberkelbacillus, der meistens die Ursache der serösen Ausschwitzungen ist, trifft die prognostische Bedeutung des bakteriellen Befundes am ehesten zu, weniger für die pyogenen Bakterien. Gerade bei diesen halte ich grosse Reserve für die Stellung der Vorhersage aus dem Befunde geboten. Man hat gesagt, die Prognosis quoad vitam sei besser, wenn es sich um den Diplococcus lanceolatus handle, als wenn der Streptococcus pyogenes im Spiele sei. Aber bei der Unberechenbarkeit der jeweiligen Virulenz der Bakterien einerseits, der Widerstandsfähigkeit des Organismus der verschiedenen Kranken andererseits lässt sich schon von vorneherein jede Sicherheit ausschliessen. Es mag ein Zufall sein, dass ich unter 4 ziemlich gleichzeitig aufgetretenen Pleuritiden den einen von lancettförmigen Diplococcen bedingten Fall habe tödtlich enden sehen, während von den 3 durch Streptococcen inficirten Kranken 2 durchkamen und nur einer erlag: jedenfalls war diese Beobachtung nicht geeignet, die vorhin erwähnte Ansicht zu bekräftigen.

Die von mir beobachteten eitrigen Pleuritiden gaben mir Gelegenheit, mich eingehend mit dem Studium der sie verursachenden Bakterien, speciell der Streptococcen, zu beschäftigen. Heute habe ich die Ehre, Ihnen in aller Bündigkeit von den Ergebnissen meiner Beobachtungen berichten zu dürfen, die ich in den über viele Monate ausgedehnten experimentellen Untersuchungen gewann.

Zur Stellung der Diagnose, welche pyogenen Bakterien am Zustandekommen einer Brustfellentzündung betheiligt sind, übe und empfehle ich folgendes einfache Verfahren, das sich mir in einer Reihe von Fällen brauchbar erwiesen hat.

Ehe man zur Punction schreitet, giesst man den Inhalt von 2 (Glycerin-) Agarröhrchen in 2 Culturdoppelschälchen und lässt ihn erstarren. Dann hält man noch 2 weisse Mäuse bereit, allenfalls auch 1 oder 2 Meerschweinchen. Ist im Krankensaal durch die aseptische Punction mit steriler Spritze ein eitriges Exsudat an den Tag gefördert, so begibt man sich damit alsbald ins Laboratorium und spritzt der einen Maus 1/2, der andern 0,1 oder 0,2 ccm in die Bauchhöhle. Vom übrig bleibenden nimmt man je eine kleine Platinöse voll aus der Spritze, streicht vom Exsudate auf die 2 Glycerinagaroberflächen aus und stellt die Schälchen mit dem Deckel nach unten unter eine Glasglocke (um die Culturfläche vor angesammeltem Condenswasser zu schützen) in den Brutschrank. Vom Reste des Spritzeninhaltes legt man möglichst dünne Ausstrichpräparate auf mehreren Objectträgern an. Hegt man Verdacht auf bestehende Tuberculose, so braucht man nochmal 1 ccm des Exsudats, den man einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle injicirt. Das muss jedesmal geschehen, wenn man über die Ursache eines serösen Exsudats ins Klare kommen will.

Waren in der Ausschwitzung Kapselcoccen oder Streptococcen vorhanden, so sterben die Mäuse, die 1/2 ccm davon intraperitoneal erhalten haben, binnen 1 Tag, und man kann die Bakterien, die den Körper völlig durchsetzt haben, leicht mikroskopisch nachweisen. Nach 24 Stunden hat man auch auf den Agarplatten bereits die erwartete Ernte. Wir sehen ausserordentlich zarte, bei 80—100facher Vergrösserung als ein zierliches Netz von Maschen und Schlingen erscheinende Colonien, das bei Kapselcoccen dichter, wie ich es bezeichne „geschlossen“ aussieht, im Gegensatz zu den Streptococcen, bei denen es — besonders am Rande — mehr lose geschürzt ist, und die auch als einzelne grössere Ranken im Gesichtsfelde erscheinen können. Ich verweise bezüglich des Näheren auf mein Werk über bakteriologische Untersuchung und Diagnostik und die ihm beigegebenen mikrophotographischen Abbildungen.

Macht man vom Blute, von einer Drüse, von der Milz etc. einer der Einspritzung erlegenen Maus weitere Aussaaten auf Nähr-(Glycerin-)Agar, so bekommt man denselben Befund. Die Differentialdiagnose, ob Streptococcen oder lancettförmige Kapselcoccen, lässt sich am besten aus dem mikroskopischen Bild bei 6—700facher Vergrösserung stellen. Schon aus einem Abstrich von der Agarplattencultur, indem die Ketten der lancettförmigen Diplococcen starr sind im Gegensatz zu den mehr geknickt, oder wellig verlaufenden Ketten der Streptococen. Aber dieser Unterschied ist lange nicht so markant, wie der im Aussehen der Bakterien im Blut und in den Organen von Mäusen. Vorwiegend lancettförmige Diplococcen und deutlich sichtbare Kapselbildung bezeichnen die Pneumoniecoccen, vorwiegend kurze, aber ausgesprochene Kettchen und Mangel jeder Kapselbildung sprechen für Streptococcen.

Die Streptococcen, von denen mein Vortrag nun ausschliesslich handeln soll, werden durch die Aussaat auf Agarplatten und durch die Mäuseimpfung mit absoluter Sicherheit binnen 24 Stunden nachgewiesen. Ich kenne kein Thier, das sich durch eine ziemlich hohe Empfänglichkeit mehr für die Streptococceninfection eignete, als die weisse Maus. Allerdings sind die direct aus dem menschlichen Körper stammenden Streptococcen noch nicht mit der höchsten Virulenz für diese Thierchen begabt. Wenn man den Empyemeiter den Mäusen nicht in die Bauchhöhle, sondern unter die Haut bringt, so sterben sie zwar, aber später und nicht sicher. Nach der Impfung unter

[1]) Nach einem in der Section für Hygiene beim XI. internationalen medicinischen Congress in Rom gehaltenen Vortrage.

die Haut der Schwanzwurzel sah ich wiederholt eine örtliche Eiterung entstehen, die sich zu einer mächtigen Borke ansammelte und den Tod nicht immer zur Folge hatte. Einmal währte es 111 Tage, bis das Thier der Impfung schliesslich doch erlag. Ein Organstückchen von ihm auf eine gesunde Maus übertragen, tödtete diese nach 38 Tagen; die dritte Maus ging an der Impfung mit einem retroperitonealen Abscesschen schon nach 1—2 Tagen ein; die vierte von einer angelegten Agarcultur abgeimpfte starb binnen 2—3 Tagen und damit hatte der Streptococcus seine Virulenz erreicht, die er durch Dutzende von Uebertragungen in fast genau derselben Weise beibehielt.

Darum schlug ich vor, die Impfung stets intraperitoneal zum machen und nicht zu wenig Material, bis zu $^1/_2$ ccm, zu nehmen. Eine solche Menge Eiters schadet an und für sich der Maus nicht viel. Dafür ein Beispiel: Von staphylococcenhaltigem Eiter eines (tödtlich endigenden) ausgedehnten Abscesses des Periosts und der Weichtheile am Oberschenkel spritzte ich 3 Mäusen je $^1/_2$ ccm ein, entweder in die Bauchhöhle oder unter die Rückenhaut. In den ersten Tagen schienen sie krank zu sein, erholten sich aber dann alle drei wieder. Die isolirt gehaltenen Thiere starben schliesslich allerdings, aber erst nach 22, 23 und 24 Tagen, und ohne dass in ihrem Blute oder in ihren Organen sich Bakterien hätten nachweisen lassen; offenbar an einer chronisch verlaufenen Vergiftung. Ich nehme hier Anlass, diese anderweitig noch nicht gemachte Beobachtung über Staphylococceneiter zu verzeichnen, damit vielleicht Andere der Herren Collegen, denen ein reichliches klinisches Material zur Verfügung steht, sich zu ähnlichen Untersuchungen angeregt fühlen möchten.

Der Streptococcus im Eiter hat für die Mäuse eine weit verderblichere Wirkung; aber, wie gesagt, er ist zunächst noch nicht mit der höchsten Virulenz begabt, sondern erlangt sie erst durch allmähliche Anpassung an den neuen Wirth.

Die Ausbreitung der Streptococceninfection im Körper der Mäuse war es, der sich nächstdem mein hauptsächlichstes Interesse zuwandte. Ich studirte sie gemeinschaftlich mit Herrn Singer, der ausführlich darüber in seiner Dissertation berichtet hat.

Impft man eine Maus mit Organstückchen von einer anderen, der Krankheit erlegenen, oder mit Culturen unter die Haut an der Schwanzwurzel, so stirbt sie nach 2—3—7 oder mehr Tagen. Je länger die Krankheit dauert, desto mehr tritt die Eiterung an der Impfstelle zu Tage, die oft eine grosse Borke darstellt, unter der das Vordringen in die anliegenden Weichtheile statt hat; selbst die Knochen können davon angenagt werden, so dass der Schweif nur noch lose am Körper hängt.

Im Eiter sind die Streptococcen massenhaft vorhanden. Sie schieben sich in die Saftspalten des Gewebes ein, aber das Muskelgewebe bewährt auch hier seine Immunität. Wohl können die Bacterien eine kurze Strecke weit in die Musculatur eindringen, aber sie wachsen nur zwischen den Muskelfibrillen, sie durch ihre Massen manchmal auseinanderdrängend; die Fibrillen selbst bleiben vollständig von ihnen frei.

Je weicher, je saftreicher das Gewebe, desto mehr ist es geeignet, den Streptococcen als Ansiedlungsherd zu dienen. Die ganze perianale Gegend sammt den Geschlechtstheilen kann einen grossen Eiterbezirk bilden. Interessant waren u. a. Schnitte durch den Hoden. Entsprechend der mehr rechterseits angelegten Impfung war der rechte Hoden am meisten in Mitleidenschaft gezogen. In einem solchen fand sich die Tunica um ein mehrfaches verdickt; auch das die Hodencanälchen umgebende Bindegewebe war an dieser Verdickung betheiligt. Bei mittelstarker Vergrösserung liess sich sehr gut verfolgen, wie sich die massenhaften Streptococcenzüge in den Spalten des Bindegewebes fortschoben, niemals es durchquerend. Die Hodencanälchen selbst waren vollkommen frei von Streptococcen, auch trotz eifrigen Suchens gelang es nicht, sie darin zu entdecken. Ich will daraus keinen Schluss auf die Lehre von der Vererbung ziehen, sondern bloss die Thatsache feststellen.

Das erste und hauptsächlichste Depot, wo sich die Streptococcen massenhaft angehäuft finden, sind die Drüsen. Auch hier ist es wieder das Bindegewebe, das von ihnen durchwuchert ist. Aber diese Wucherung bleibt nicht ohne Einfluss auf das Parenchym des Organs selbst. Wir sehen die Bacterien im Bindegewebe der Kapsel, diese an einigen Stellen nach innen zu durchbrechend, wir sehen sie das Stützgewebe der Drüse vollkommen besetzt halten; alles aber, was zwischen diesem Stützgewebe liegt, die ganze Drüsensubstanz ist förmlich verödet, die Zellkerne haben ihre Färbbarkeit mit Anilinfarben verloren und wir sehen daher bei mittelstarker Vergrösserung des gefärbten Schnittpräparates ein grossmaschiges Netz, das in Folge der Bacterienauflagerung deutlich wird und dazwischen die ungefärbte Drüsensubstanz.

Aehnliche Verheerungen wie in den Lymphknoten sehen wir im Innern des Körpers nirgends stärker, als in der Milz. Makroskopisch ist dieses Organ immer stark vergrössert, oft bis zum Doppelten des normalen und nicht selten mit mehr oder weniger reichlichen, kleinen, gelben Stellen besetzt. Diese fesselten unsere Aufmerksamkeit besonders. Sie stellten sich in dem mit Methylenblau gefärbten Präparate unterm Mikroskop als theilweise oder gänzlich verödete Partien dar, die dicht mit regellos durcheinander liegenden Schwärmen von Kettencoccen belagert waren. An der Grenze dieses verödeten und des noch gesund aussehenden Gewebes lagen oft ganze Haufen von Streptococcenansiedlungen zusammen, wie eine Vorpostenkette vorgeschoben. Unregelmässig begrenzt, schickten sie Ausläufer ins gesunde Gewebe hinein.

Die stärkere (500fache) Vergrösserung eines solchen Ausläufers zeigt, wie der Bacterienhaufe keilförmig, aber nicht gerade vordringt, sondern sich umbiegt, dahin jedenfalls, wo er den geringsten Widerstand findet. Vorn an der Spitze sieht man die einzelnen feinen jungen Kettchen auswachsen, um ins Gewebe eindringend es schliesslich ebenso in einen Zustand der Nekrose überzuführen, wie es ihre Vorgänger in ihrem Territorium bereits gethan hatten. Beim Anblick des mikroskopischen Bildes erinnern wir uns unwillkürlich an den bekannten makroskopischen Befund der zungenförmigen Ausläufer an der Grenze eines erysipelatösen Processes in der Haut des Menschen.

Aehnliche massenhafte und hochgradige Zerstörungen finden wir in anderen Organen nur seltener, am ehesten noch in der Leber, wo mit blossem Auge in vereinzelten Fällen auch einige kleine gelbe Herdchen in dem vergrösserten, dunkelbraunrothen Organ zu sehen sind. Hier möchte ich nur einen besondern Befund in der Leber als interessant hervorheben. Von den wandständig in einer Vene gelagerten Leukocyten fanden sich welche, die mit eben im Auswachsen begriffenen Streptococcen besetzt waren. Nirgends in der Umgebung sehen wir sonst etwas von Bakterien. Nur auf einzelnen Leukocyten liegen sie und wir können das Bild gar nicht anders deuten, als dass sie mit den weissen Blutzellen an diese Stelle gelangt und dann dort ausgewachsen sind. Es ist das für mich ein Zeichen, dass die Streptococcen zwar von den Leukocyten aufgenommen wurden, oder sich an sie angelagert hatten und mit ihnen verschleppt, aber nicht von ihnen getödtet worden sind, denn sonst hätten sie nicht über die Zelle hinauswachsen können. Somit scheinen die Leukocyten hier keine bakterientödtende Wirkung bethätigt, sondern eher als Träger des Infectionsstoffes gedient zu haben.

Ich erwähne nur noch, dass auch die Nieren sich streptococcenhaltig erwiesen haben und dass in allenfallsigen nekrotischen Bezirken manchmal auch Theile von Glomerulis lagen — im Harn waren dabei die Streptococcen culturell nachgewiesen worden —, dass die Streptococcen auch in anderen Organen, z. B. im Gehirn vorhanden waren, weniger dagegen in der Wand des Magens und des Darmes. Die Lungen waren ebenfalls nur spärlich von Streptococcen besetzt, ein pleuritisches Exsudat war niemals zu sehen, häufiger ein peritonitisches, d. h. ein zarter, eitriger Belag in der Bauchhöhle, entsprechend ihrer grösseren Nähe an der Impfstelle.

Die schon ziemlich grossen Embryonen einer der Infection erlegenen weissen Maus erwiesen sich, vorsichtig aus

dem umgebenden, streptococcenhaltigen Gewebe entnommen, bei der Aussaat als bakterienfrei.

Zum Schlusse will ich noch kurz von dem negativen Ausfall der Immunisirungsversuche bei Mäusen berichten, die hauptsächlich mit sterilisirten Culturen angestellt wurden. Positive Ergebnisse sind bis jetzt in der Literatur nur bei Kaninchen verzeichnet und bei diesen Thieren gelang auch mir eine Immunisirung durch wiederholte Einspritzung sterilisirter Culturen. Es ist aber dabei wichtig zu bemerken, dass bei den geimpften, nicht zu jungen Kaninchen die Erscheinungen der Intoxication viel mehr ausgeprägt sind, als die bei der Infection. Unter Abmagerung, Haarausfall, Lähmungserscheinungen gehen die Thiere langsam zu Grunde, ohne dass jedesmal von den in die Bauchhöhle z. B. eingebrachten frischen Streptococcen noch etwas zu finden wäre. Bei jungen Kaninchen gelingt es noch eher, eine Infection zu erzielen, gar nicht bei Meerschweinchen, die selbst gegen das Gift der Streptococcen nicht oder kaum reagiren. Im Körper, d. h. unter der Haut dieser refractären Thiere verliert aber, wie ich gefunden habe, das eingebrachte Streptococcenmaterial nicht oder nicht wesentlich an Virulenz den Mäusen gegenüber.

Bei weniger empfänglichen Thieren ist also eine Immunisirung gegen das Streptococcengift möglich; bei hochempfänglichen Thieren lässt sich durch Einspritzung sterilisirter Culturen eine Behinderung der Streptococcenausbreitung im Körper nicht herbeiführen; gegen die Streptococceninfection ist es also nicht gelungen, eine Immunisirung zu erreichen. Gerade aber das wäre die Hauptsache. Das Ziel der Forschung muss es sein, die hochempfänglichen, d. h. die in ähnlicher Weise, wie der Mensch, der Infection zugänglichen Thiere, in unserem Falle die weissen Mäuse zu immunisiren, wenn wir für die Behandlung der Erkrankung des Menschen verwerthbare Anhaltspunkte gewinnen wollen.

Ein Fall von operativ behandelter Rückenmarksgeschwulst.[1])

A. Klinische Geschichte von Dr. *Alfred Saenger.*

Seit 3/4 Jahren litt ein 42jähriger Tabakarbeiter an heftigen Schmerzen in der linken Brustseite. Dieselben führte er auf einen im vorhergegangenen Winter erlittenen Unfall zurück. Er war nämlich bei Glatteis mit der linken Seite gegen einen harten Gegenstand gefallen. September 1893 kam er wegen dieser Schmerzen in's Altonaer Krankenhaus. Daselbst konnten objectiv keine Veränderungen nachgewiesen werden. Er wurde ungeheilt entlassen. Er begab sich nunmehr in Behandlung eines sogenannten Naturarztes, der das Vorhandensein eines Magengeschwüres annahm, da die Schmerzen in's Epigastrium ausstrahlten. Patient wurde einer eingreifenden Kaltwassercur unterworfen; kam immer mehr durch die sich steigernden Schmerzen herunter und liess sich am 6. März 1894 wiederum in's Altonaer Krankenhaus aufnehmen. Die Schmerzen traten in letzter Zeit auch in der rechten Brustseite auf; seit 14 Tagen waren die Beine steif und kalt; seit 3 Tagen konnte er nicht mehr gehen und klagte über fortwährende starke Schmerzen, die gürtelförmig um die Brust nach der Magengegend ausstrahlten.

Bei der Wiederaufnahme am 6. März konnte Patient weder gehen noch stehen. Im Bett konnte er das rechte Bein noch leicht heben. Die Zehen konnten rechts leidlich, links kaum bewegt werden. Die Sensibilität war an den unteren Extremitäten abgestumpft. Im Uebrigen bestand eine diffuse Bronchitis und geringe Schwellung der Inguinaldrüsen.

Anamnestisch ist bemerkenswerth, dass der Vater des Patienten, sowie 3 seiner Kinder an Phthise gestorben waren. Er selbst litt häufig an Lungenkatarrh und Heiserkeit, hatte als Kind Nervenfieber, Diphtheritis und Pocken durchgemacht und acquirirte vor 15 Jahren einen Schanker. Secundär syphilitische Erscheinungen will Patient niemals gehabt haben.

In Rücksicht auf die luetische Anamnese wurde im Krankenhaus eine Inunctionscur eingeleitet. Da dieselbe absolut erfolglos war, wurde Patient am 21. März in Extensionsverband gelegt.

Am 10. April war Patient an den unteren Extremitäten völlig gelähmt. Das linke Bein stand in Flexionscontractur im Knie, der rechte Oberschenkel in Adductionscontractur. Die Patellarreflexe waren beide gesteigert. Die Achillesreflexe fehlten, ebenso die Abdominalreflexe. Die Plantar- und Cremasterreflexe waren schwach vorhanden. An der linken Fusssohle wurde Nadelspitze und -Kopf mangelhaft differenzirt; sonst bestand totale Analgesie der unteren Extremitäten. Dieselbe erstreckte sich über das Abdomen rechts bis zum Rippenbogen, links bis zum 6. Intercostalraum.

Sehr auffallend war die Schmerzhaftigkeit, die Patient bei jeder Bewegung äusserte; ferner die Angabe eines constant vorhandenen, schmerzhaften Gürtelgefühls. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab keinen Gibbus; jedoch schien Patient Schmerz zu haben, wenn man auf den 7.—10. Brustwirbel drückte. Schlag auf den Kopf oder Druck auf beide Schultern löste keinen Schmerz aus. Die Anästhesie erstreckte sich am Rücken links bis zur Höhe des 7., rechts bis 10. Brustwirbels. Bei Untersuchung mittelst eines heissen Schwammes, der auf die Wirbelsäule über 5.—10. Brustwirbel gelegt wurde, gab Patient mit Bestimmtheit an, auf der linken Seite mehr Schmerz zu empfinden.

Decubitus war nicht vorhanden, ebenso keine Cystitis; jedoch konnte Patient schon längere Zeit nicht mehr den Urin lassen. Beim Katheterisiren traten heftige Muskelzuckungen ein.

An den oberen Extremitäten, Hirnnerven etc. waren keine nervösen Störungen nachweisbar.

Am 14. April bestand die Paraplegie unverändert, ebenso die Sensibilitätsparalyse und der heftige Gürtelschmerz. Neu war nur, dass auch die Patellarreflexe nicht mehr ausgelöst werden konnten.

Wenn man den bedauernswerthen, schmerzlichen Zustand des Patienten, die Ohnmacht der bisher angewandten Therapie berücksichtigte, so lag der Gedanke eines chirurgischen Eingriffs auf der Hand. Jedoch waren hier verschiedene Momente sehr in Betracht zu ziehen, bevor man die Berechtigung deduciren konnte, am Patienten eine so eingreifende Operation, wie die Trepanation der Wirbelsäule ist, auszuführen. Gerade die Mittheilung zweier Fälle aus allerneuester Zeit, in welchen die Diagnose auf Rückenmarkstumor von competentesten Fachleuten (Professor Schultze in Bonn und Dr. Bruns in Hannover) gestellt worden war, und die sich in dem Bonner Fall als irrig erwiesen hat, legte mir die genaueste Prüfung und Erwägung der in Betracht kommenden Momente besonders nahe.

Meine Diagnose auf Rückenmarkstumor begründete ich hauptsächlich damit, dass sich eine langsame Compression des Rückenmarks entwickelt hat, der lange Zeit die Zeichen einer Reizung in der sensiblen Sphäre vorausgegangen sind. Seit 3/4 Jahren hatte Patient heftige Schmerzen von lancinirendem Charakter, Anfangs in der linken, später auch in der rechten Brustseite. Nach 9 Monaten entwickelte sich die Paraplegie, welche exquisit den Charakter der Paraplegia dolorosa darbot. Wenn man in Betracht zog, dass die Sensibilitätsparalyse zuletzt sich entwickelt hat, so konnte man die Diagnose genauer dahin präcisiren, dass sich das comprimirende Moment mit grosser Wahrscheinlichkeit intradural befinde.

Das relativ rasche Auftreten der Flexionscontractur des linken Beins und der Adductionscontractur des rechten Oberschenkels sprach auch mehr für den intra- als extraduralen Sitz des vermuthlichen Tumors.

Endlich konnte das Fehlen von Muskelatrophien auch noch für die intradurale Localisation herangezogen werden, da dieselben meist bei extraduralen Geschwülsten vorkommen, wo der Tumor das Foramen intervertebrale durchdrängt und die Nervenwurzeln zerstört.

Ein bemerkenswerthes Verhalten zeigten die Sehnen- und Hautreflexe. Schon am 10. April fehlten die Achilles- und Abdominalreflexe. Am 14. April fehlten sämmtliche Sehnen- und Hautreflexe an den unteren Extremitäten.

Für dieses Fehlen der Reflexe waren als Erklärung 3 Möglichkeiten vorhanden. Entweder war eine totale Erweichung des Rückenmarkes da, dagegen sprach das Fehlen des Decubitus und anderer trophischer Störungen; oder es befand sich zwischen der Läsion und dem Reflexcentrum intacte Rückenmarkssubstanz. Dagegen liess sich geltend machen, dass die Patellarreflexe bei der ersten Untersuchung gesteigert waren und weil auch die Hautreflexe fehlten; oder endlich es war neben oder durch die Geschwulst eine solche Flüssigkeitsansammlung im Duralsack vorhanden, dass die Nervenwurzeln gereizt und gedrückt worden sind. Wenn der Druck auf die Wurzelfasern stark und anhaltend ist, so ist eine Functionsunfähigkeit die natürliche Folge. Daraus liess sich wohl am ungezwungensten erklären, dass diese peripheren Reflexbahnen für oberflächliche wie tiefe Reflexe nicht mehr leitungsfähig waren.

Was nun den Ort der vermuthlichen Affection betrifft, so war derselbe leicht zu bestimmen. Auf der linken Seite er-

[1]) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein Hamburg am 1. Mai 1894.

streckte sich die Analgesie bis zum 6. Intercostalraum. In ungefähr derselben Höhe hatte Patient das schmerzhafte Gürtelgefühl; endlich waren die Dornfortsätze des 7.—10. Brustwirbels auf Druck etwas empfindlich. Es ist bekannt, dass in den meisten Fällen ein Tumor in der Dorsalregion höher liegt als der als druckempfindlich angegebene Punkt. Auf Grund dieser 3 Momente localisirte ich die Affection zwischen 5.—7. Dorsalwirbel.

Zum Schluss muss noch hervorgehoben werden, dass es nicht möglich war, über die Natur der comprimirenden Ursache sich mit Sicherheit zu äussern.

Patient war phthisisch belastet, sah selbst sehr anämisch und elend aus und hatte eine zweifelhafte Lungenaffection. Obwohl niemals Tuberkelbacillen im Sputum gefunden waren, war die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass Patient einen tuberculösen Process in den Wirbeln habe. Zweifelhaft war diese Annahme nur dadurch, dass 1) kein Gibbus vorhanden war, 2) dass die Extensionsbehandlung absolut keine Linderung der Schmerzen gebracht hatte. Eine zweite sehr nahe liegende Vermuthung war die eines syphilitischen Processes, etwa das Vorhandensein eines Syphiloms, da Patient sich vor 15 Jahren syphilitisch inficirt hatte. Die gänzliche Erfolglosigkeit der Schmiercur berechtigte jedoch dazu, diese Annahme zu bezweifeln.

Nach diesen Erwägungen blieb als häufigstes Compressionsmoment die Annahme einer Neubildung übrig.

Daher wurde ein chirurgischer Eingriff nicht nur für berechtigt, sondern auch für geboten erachtet.

B. Chirurgische Geschichte des Falles von *Fedor Krause.*

Aus der vorhergehenden Darstellung ergibt sich, dass in unserem Krankheitsfalle nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf eine innerhalb des Wirbelcanals gelegene und das Rückenmark comprimirende Geschwulst gestellt werden konnte, sei es dass diese den Geschwülsten im engeren Sinne zugerechnet werden musste oder eine syphilitische oder tuberculöse Neubildung darstellte. Indessen bot unsere Beobachtung in vielen Beziehungen eine bemerkenswerthe Aehnlichkeit mit dem bekannten von Gowers und Horsley[1]) beschriebenen Fall von Rückenmarksgeschwulst dar; nur erfolgte bei uns der Eintritt der schweren Symptome sehr viel schneller, weil es sich ja auch um eine rascher wachsende Geschwulstform, nämlich um ein Spindelzellensarkom handelte, während die englische Beobachtung ein Fibromyxom betraf. Beide Male äusserte sich das Leiden zunächst in Schmerzen in der linken Brustseite, die besonders nach Bewegungen sich einstellten und allmählich an Heftigkeit und Ausdehnung zunahmen. In dem englischen Fall wurde infolge dessen das Leiden zunächst für Intercostalneuralgie, in unserem für eine Folgeerscheinung überstandener Pleuritis oder von anderer Seite für Gastralgie gehalten. Im weiteren Verlaufe ergriffen die Schmerzen auch die andere Brusthälfte und wurden zu ausserordentlich quälenden Gürtelschmerzen. Bei dem Engländer trat erst nach fast 3 Jahren, bei unserem Kranken schon nach wenig mehr als einem Jahre Schwäche in den unteren Gliedmaassen hinzu, die sehr bald in vollständige Lähmung zunächst des linken, dann des rechten Beines überging. Dazu gesellte sich vollständige Anästhesie in jenem Falle bis zum Schwertfortsatze des Brustbeines, in unserem, entsprechend dem tieferen Sitze der Geschwulst, vorn bis zur 8. Rippe, hinten bis zum 10. Brustwirbel, ferner Blasen- und Mastdarmlähmung.

Dort stellten sich sehr schmerzhafte klonische Krämpfe in den Beinen bis zum Tage der Operation und selbst noch nachher häufig ein, hier waren wohl öfter Zuckungen in den unteren Extremitäten, besonders beim Katheterisiren vorhanden, indessen hörten die Patellarreflexe, welche früher stark erhöht waren, bald gänzlich auf, wie ja auch Abdominalreflexe und Fussklonus schon vorher verschwunden waren. Decubitus war in keinem der beiden Fälle vorhanden, Cystitis bestand nur bei dem Engländer.

Die Symptome waren beide Male für transversale Läsion des Rückenmarks im oberen Brusttheile charakteristisch. Der zuerst eintretende Schmerz in der linken Brustseite wies auf Reizung der hintern Wurzeln der linken Seite, also auch auf einen linksseitlichen Sitz der Schädlichkeit hin, wofür fernerhin sprach, dass zuerst das linke, dann das rechte Bein vollständig gelähmt wurde.

Das langsame Entstehen und das allmähliche Stärkerwerden der Lähmungserscheinungen war am leichtesten zu erklären, wenn man einen von aussen auf das Rückenmark einwirkenden und langsam anwachsenden Druck annahm.

Da die Wirbelsäule gar keine Deformität oder Schwellung an irgend einer Stelle darbot, so konnte von einer vom Knochen ausgehenden Geschwulst nicht wohl die Rede sein; auch für einen tuberculösen Herd hätte, abgesehen von der Anamnese, höchstens die durch Percussion hervorgerufene Schmerzhaftigkeit des 5—7. Brustwirbels ins Feld geführt werden können, von einer syphilitischen Neubildung konnte man desshalb absehen, weil trotz früherer Infection Schmiercur und Jodkali ganz ohne Einfluss auf das Leiden geblieben waren. Am wahrscheinlichsten war daher das Bestehen einer im Innern des Wirbelcanals gelegenen Neubildung, und somit lag im operativen Eingreifen die einzige Aussicht, den Kranken von seinem qualvollen Leiden zu erlösen. Denn gesetzt auch, die völlige Entfernung der Geschwulst wäre nicht ausführbar gewesen, so hätte man doch jedenfalls — eventuell durch Resection der betreffenden Nervenwurzeln, welche ja keine wichtigen Functionen besitzen, den Kranken von den ausserordentlich heftigen Gürtelschmerzen, die durchaus den Charakter einer schweren Neuralgie angenommen hatten, befreien können.

Andererseits liessen zwei Umstände von vornherein die Operation als in diesem Falle besonders gefahrvoll erscheinen: einmal die Gewöhnung des Kranken an Morphium und ferner das Bestehen einer diffusen Bronchitis, welche schon am Tage der Aufnahme des Kranken, am 6. März 1894, festgestellt wurde und abendliche Temperatursteigerungen bis 39°, ja einmal bis 39,6° veranlasste. Indessen gegen diese beiden Complicationen liess sich vor der Operation nichts unternehmen, die heftigen Schmerzen und die dadurch veranlasste Schlaflosigkeit erheischten den Gebrauch des Morphiums, und die Bronchitis veränderte sich bei der dauernden Rückenlage, zu der der Kranke verurtheilt war, jedenfalls nicht zum Besseren.

So wurde denn am 16. April 1894 Nachmittags 2 Uhr die Operation in Chloroformnarkose in folgender Weise ausgeführt. Ein Längsschnitt durchtrennte die Haut und die darunter liegenden Weichtheile bis auf die Processus spinosi in der Ausdehnung vom 3. bis zum 7. Brustwirbel. Hierauf wurden in der mit scharfen Haken auseinander gehaltenen Wunde zunächst rechts von den Dornfortsätzen die Fascien und die ganze Dicke der Rückenmusculatur bis auf die Wirbelbögen mit dem Messer rasch durchtrennt und diese tiefe und stark blutende Wunde mit einer sterilen Mullbinde fest ausgestopft. Während ein Assistent hier kräftig comprimirte, wurde dasselbe Verfahren auf der linken Seite der Dornfortsätze eingeschlagen, hier gleichfalls tamponirt und comprimirt. Nach einigen Minuten stand die Blutung so weit, dass nur noch wenige Gefässe gefasst zu werden brauchten. Nunmehr wurde von der hinteren Fläche der Wirbelbögen das Periost zu beiden Seiten der Dornfortsätze mit dem Raspatorium weithin abgeschoben. Letztere selbst wurden etwas oberhalb ihrer Basis mit der Knochenscheere abgekniffen, um den Rest als zweckdienliche Handhabe für die weiteren Manipulationen zu erhalten. Wie bei allen Trepanationen am Schädel verwendete ich auch hier Meissel und Hammer. Der Bogen des 7. Brustwirbels wurde zunächst rechts, dann links nahe dem Abgang des entsprechenden Querfortsatzes durchgemeisselt, nunmehr der Rest des Dornfortsatzes mit einer Zange gefasst, stark angezogen und die noch haftenden Weichtheile, namentlich die starken Ligamenta intercruralia und interspinalia, dicht am Knochen durchtrennt. Jetzt liess sich der abgemeisselte Bogen entfernen, und der Wirbelcanal lag offen

[1]) Gowers and Horsley, A case of tumour of the spinal cord. Removal. Recovery. Med. chir. Transact. 1888. Vol. 53. Uebersetzt von Brandis, Berlin 1889.

in der Tiefe der mit vier Volkmann'schen Haken breit auseinander gehaltenen Wunde zu Tage. In gleicher Weise wurden noch die Bögen des 6., 5. und 4. Brustwirbels abgemeisselt, was um so leichter möglich war, als man von dem ersten Loch im Wirbelcanal aus ein schmales Raspatorium in diesen nach oben schieben und so unter seinem Schutz rascher den Wirbelbogen durchschlagen konnte. Die scharfen abgemeisselten Knochenkanten wurden mit der Luër'schen Hohlmeisselzange fortgenommen. Nun war der Wirbelkanal in einer Ausdehnung von nahezu 10 cm breit eröffnet und nachdem das epidurale, in unserem Falle sehr spärliche Fett in der Mittellinie eingeschnitten und sammt den Venenplexus stumpf zur Seite geschoben war, lag die Dura mater spinalis in der ganzen Ausdehnung frei zu Tage. Diese erwies sich als ausserordentlich gespannt und drängte sich prall in die Knochenlücken vor, im übrigen war nichts Abnormes zu bemerken. Nun wurde die Dura mater im unteren Wundwinkel mit der Messerspitze eröffnet, und sofort spritzte ganz klarer Liquor cerebrospinalis in starkem Strahle hervor; bei Erweiterung des Schnittes mit der Kniescheere ergoss sich der Liquor im Strome, die grosse Wundhöhle sofort füllend und überschwemmend, und nach Absaugen mit der Spritze vollzog sich dieser Vorgang ein zweites und drittes Mal. 120 g Flüssigkeit wurden aufgefangen, aber noch ein grosser Theil ging verloren. Als der Strom sich erschöpft hatte, wurde die Dura mater in ganzer Ausdehnung der Wunde in der Längsrichtung gespalten, und nun zeigte sich die das Rückenmark bedeckende Arachnoidea normal bis auf eine stärkere Gefässanfüllung. Am linken Rande des Markes jedoch fiel ein schmaler langer Streifen durch seine etwas in's grauröthliche spielende Farbe auf. Durch einen untergeführten stumpfen (Arnaut'schen) Haken wurde das Rückenmark von rechts her ein wenig in die Höhe gehoben und sofort quoll an jener Stelle in der Gegend des 6. Brustwirbels ein Tumor aus der Tiefe hervor, welcher zwischen Rückenmark und Dura fest eingeklemmt gewesen war. Wie in dem Gowers-Horsley'schen Falle nahm auch diese Geschwulst die Stelle des Ligamentum denticulatum ein. Sie war von grauröthlicher Farbe, glatter Oberfläche, ziemlich derber Beschaffenheit und folgenden Grössenverhältnissen: 27 mm lang, 18 mm tief, 10 mm breit. Die Arachnoidea ging vom Rückenmark ohne Grenze auf die Geschwulst über und umgab sie mit einer Art Kapsel; als die Arachnoidea mit der Scheere eingeritzt worden war, liess sich die Geschwulst sammt ihrer Kapsel leicht vom Marke stumpf ablösen. Die Neubildung lag in einer entsprechenden flachen Grube in der linken Hälfte des Rückenmarkes, dieses erschien hier plattgedrückt, nahm aber nach Entfernung der Neubildung wieder mehr seine rundliche Gestalt an, obschon es an dieser Stelle erheblich dünner blieb als der unmittelbar darüber und darunter befindliche Abschnitt. Die Blutung beim Ablösen der Geschwulst war nicht nennenswerth. Nunmehr wurden die Schnittränder der Dura wieder an einander gelegt und im übrigen die Wunde lose mit 5 proc. Jodoformmull ausgefüllt. Ich zog dieses Verfahren der sofortigen Wundnaht vor, weil die Operation immerhin $1^1/_4$ Stunde gedauert hatte und ich den collabirten Kranken rasch zu Bett bringen lassen wollte. Es bestand die Absicht, nach einigen Tagen die ganze Wunde durch die Naht zu schliessen. Leistet uns doch in zahlreichen Fällen, wo die Operationsdauer auf's äusserste wegen Schwäche der Kranken beschränkt werden muss, jenes Verfahren, namentlich bei Operationen innerhalb der Schädelhöhle, ganz ausgezeichnete Dienste.

Der weitere Verlauf gestaltete sich derart, dass der Kranke am Abend nach der Operation und auch noch am ganzen folgenden Tage schwer collabirt war und unausgesetzt alle 20 Minuten eine Spritze 10proc. Kampferöles subcutan und andere Analeptica per os erhalten musste. Die heftigen Gürtelschmerzen, die den Kranken vor der Operation am meisten gequält hatten, waren am nächsten Tage verschwunden, trotzdem mussten die bisher gebräuchlichen Morphiumgaben aus Sorge vor Zunahme des Collapses weiter in Anwendung gezogen werden. Es bestand starke Athemnoth und starke Cyanose des Gesichts. 48 Stunden nach der Operation fühlte sich Patient etwas besser, wegen der ausserordentlichen Schwäche des Pulses musste Kampheröl weiter, wenn auch in etwas selteneren Gaben, verabreicht werden. Die neuralgischen Gürtelschmerzen blieben verschwunden. Am 3. Tage nach der Operation fühlte sich Patient leidlich wohl, indessen trat schon am Nachmittage wieder Dyspnoe und von Neuem Cyanose ein, 4 Tage nach der Operation ging der Kranke unter den Erscheinungen des Lungenödems zu Grunde.

Sectionsbefund: Lungen: Beide durch alte Adhäsionen mit der Brustwand verwachsen. Linker Unterlappen von leberharter Consistenz, auf der Schnittfläche zahlreiche confluirende bronchopneumonische Herde, aus denen sich auf Druck Eiter entleert. Im Uebrigen ist der linke Unterlappen ebenso wie der rechte hypostatisch. Gehirn: Nach Abnahme des Schädeldaches zeigt sich unter der Dura über der linken Convexität, weniger über der rechten, eine diffuse Ausbreitung von dunklem, dünnflüssigem Blut, die sich in den Duralsack des Rückenmarks hinein fortsetzt. Im Uebrigen bieten die Organe nichts Bemerkenswerthes, namentlich erwies sich die Wunde als aseptisch und die Meningen des Gehirns sowohl als des Rückenmarks als durchaus frei von entzündlichen Veränderungen.

Als Todesursache wird man wohl neben dem fortbestehenden Collaps in erster Linie die Bronchitis und die hypostatische Pneumonie zu bezeichnen haben. Die Körpertemperaturen schwankten einige Tage vor der Operation zwischen 38,5 Morgens und 38,8 Abends, nach der Operation nach Ueberwindung des schweren Collapses zwischen 37,9 Morgens und 38,6 Abends, so dass in dieser Beziehung kein Unterschied zu bemerken war.

Was die subduralen Blutungen an den Grosshirnhemisphären anlangt, so ist es nicht unmöglich, dass sie in Folge der plötzlichen Druckverminderung bei Entleerung der grossen Menge von Cerebrospinalflüssigkeit während der Operation entstanden sein könnten; vielleicht haben sie sich auch erst praeagonal gebildet.

Aus der Privatklinik für Hautkrankheiten von Dr. J. Neuberger, Nürnberg.

Casuistische Mittheilungen.*)

Von Dr. *J. Neuberger.*

II. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis (Duhring).

In diesem Falle, der einen 51 jährigen Landmann aus der Umgebung Nürnbergs betrifft, handelt es sich um die sog. Duhring'sche Dermatitis herpetiformis. Sie sehen an der Brust, auf beiden Seiten des Halses, am Rücken einzelne, scharf kreisförmig gruppirte gelbliche Plaques, die mit einem rothen Hofe umgeben sind. Die gelblichen Krusten sind aus der Confluenz einzelner erbsengrosser, mit seröser Flüssigkeit angefüllter Bläschen entstanden, wie sie noch an einzelnen Stellen deutlich sichtbar sind. Neben diesen frischen Efflorescenzen ist eine auf Brust, Rücken, Hals, auf beide Axillen, sowie Streck- und Beugeseite der oberen Extremitäten localisirte, auch oft eine deutlich kreisförmige Anordnung aufweisende Pigmentirung als Residuum früherer Eruptionen sichtbar.

Als der Patient Anfangs August vorigen Jahres sich zum ersten Male mir präsentirte, war die Erkrankung eine bei Weitem hochgradigere. Damals waren sämmtliche Stellen, an denen jetzt die bräunliche Verfärbung auffällt, von zahlreichen Gruppen theils frisch entstandener, klarer, erbsengrosser, theils mit einer gelblichen, mehr eingedickten Flüssigkeit angefüllten Bläschen besät. Die unteren Extremitäten waren frei von dieser Affection, in den Axillen beiderseits war die Eruption so hochgradig, dass sich hier in Folge der Confluenz und Eintrocknung der Efflorescenzen das Bild eines nässenden krustösen Ekzems geltend machte.

Der Patient leidet nun schon fünf Jahre an dieser Erkrankung, die immer und immer wieder nach kurzen Pausen einer geringen Besserung in intensiver Weise auftrat. Die Nachschübe entwickelten sich unter leichtem Brennen, ohne sonstige Störung des Allgemeinbefindens. Seitdem der Patient sich in meiner Behandlung befindet, ist wesentliche Besserung eingetreten, die Recidiven wiederholten sich in schwächerem Grade, wie es auch dieses Mal der Fall ist, trotzdem Patient seit mehreren Wochen ohne jede Behandlung ist.

Meine Verordnungen bestanden in Verabreichung von Solut. Fowleri in steigender Dosis und in localer Application einer 10 proc. Salicylzinkpaste.

Sehr gute Resultate habe ich auch im vorliegenden Falle mit Theeranwendungen im Wasserbade erzielt. Die Efflorescenzen verschwanden ganz rapid.

Der ungemein chronische Verlauf des Processes, die immer von Zeit zu Zeit bald intensiver, bald schwächer auftretenden Recidive, die constant kreisförmige Gruppirung der Efflorescenzen und der Pigmentflecke charakterisiren zur Genüge diese Erkrankung als

*) Nach einem in der dermatologischen Section der Nürnberger Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage.

eine Dermatitis herpetiformis Duhring, wenn auch die sonst zur Diagnose dieser Krankheitsform herbeigezogene Vielgestaltigkeit der Efflorescenzen nicht zur Beobachtung gelangte. Weder in der Zeit, in der ich die Behandlung des Patienten leitete, noch — nach den bestimmten Angaben des Kranken — in früheren Jahren konnte man ausser kleinen Bläschen mit späterer Pustelbildung andere Formen, wie grössere und grosse Blasen, Papeln, Quaddeln etc. wahrnehmen.

Auffallenderweise waren im vorliegenden Falle die Allgemeinerscheinungen immer nur sehr geringgradig gewesen, Fiebersteigerungen stellten sich nicht ein, auch war das Jucken oder Brennen nicht so heftig, wie es in vielen Fällen anderer Autoren geschildert wird.

Die Erkrankung erstreckte sich immer auf dieselben Localisationsstellen (obere Extremitäten, Achsel, Hals, Brust, Rücken), und zwar in symmetrischer Anordnung, die unteren Extremitäten, sowie Gesicht und Mundschleimhaut waren stets intact.

Die von den meisten Autoren als ätiologische Momente anerkannten psychischen Factoren, wie: Nervosität, Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen lassen sich im vorliegenden Falle nicht verwerthen.

Ohne mich im Uebrigen auf die Literatur weiter einzulassen, will ich nur hervorheben, dass ich hinsichtlich der Abgrenzung der Dermatitis herpetiformis Duhring vom Pemphigus den von Ittmann und Ledermann[1]) unlängst näher präcisirten Standpunkt theile.

Auch will ich zum Schlusse noch darauf aufmerksam machen, dass sich bei diesem Patienten an den Unterschenkeln einzelne eigenthümliche Psoriasis ähnliche schuppende bis thalergrosse Plaques vorfinden, die, da ich sie auch in ähnlicher Form und Anordnung bei einem anderen Falle von Dermatitis herpetiformis gesehen habe, möglicherweise zum Grundleiden in irgend einer Beziehung stehen. So hat auch ganz kürzlich Dubreuilh[2]) bei einer mit Dermatitis herpetiformis behafteten Dame einen schuppenden Ausschlag im Gesicht und auf dem Kopfe beobachtet, über dessen Natur er sich aber nicht auszusprechen wagte.

Nur nebenbei sei noch bemerkt, dass ich in dem soeben erwähnten und von mir beobachteten anderen Fall von Dermatitis herpetiformis — der Fall betraf eine etwa 50jährige Cantorsgattin — eine stark ausgeprägte Tylosis palmaris et plantaris constatiren konnte, eine Beobachtung, die auch von Besnier und Brocq[3]), sowie von Radcliffe Crocker[4]) verzeichnet wurde, welch' letzterer allerdings diesen Befund — aber irrthümlicherweise, wie Brocq nachgewiesen hat — mit der Dermatitis herpetiformis nicht in Zusammenhang gebracht hat.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Elektrische Reizung der Brustwarzen. Tarnier's Écarteur utérin.

Von Dr. *J. Sondheimer*.

(Schluss.)

B. Tarnier's Écarteur utérin.

Eine andere Methode, die an der hiesigen Klinik in letzter Zeit mehrfach und zwar mit sehr gutem Erfolg zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt angewandt wurde, ist das Dehnungsverfahren mit dem Écarteur utérin von Tarnier. Der Écarteur, 1888 von Tarnier angegeben, hat in Deutschland bis jetzt anscheinend nur wenig Beachtung gefunden. Von deutscher Seite wurde er zum ersten Male durch v. Herff[1]) empfohlen, unter Mittheilung eines erfolgreich damit behandelten Falles. Eine ausführliche Beschreibung des Instruments findet sich bei Bonnaire[2]), der auch genau die Art der Anlegung des Instrumentes und seine Wirkungsweise bespricht auf Grund von 55 in der Maternité beobachteten Fällen.

Das Princip des Écarteurs beruht auf dem dauernd wirkenden elastischen Druck, welchen über die distalen Branchenenden des Écarteurs gestülpte Gummiringe ausüben. Durch jeweils nachfolgende Umlegung zweier und mehrerer, immer kleinerer Ringe kann die Wirkung beliebig gesteigert werden. Andererseits bürgt die Elasticität der Gummiringe dafür, dass etwa bestehende abnorme Widerstände nicht gewaltsam überwunden werden. Die Grösse und Zunahme der Dehnungswirkung auf Cervix und inneren Muttermund lässt sich durch von Zeit zu Zeit wiederholte Messung des distalen Branchenabstandes leicht controliren. Es genügten in unseren Fällen 3 Gummiringe, um eine maximale Wirkung des Écarteurs zu erzielen. Diese kann nach unseren Erfahrungen im Allgemeinen bei einem Branchenabstand von 2—2½ cm als vorhanden angesehen werden. Es ist einleuchtend, dass die Wirkung verhältnissmässig immer geringer wird mit zunehmender Erweiterung des Muttermunds. Bonnaire wandte bis zu 6 Ringen an; erzielte er auch damit noch nicht die gewünschte Wirkung, so schlang er einen Ring doppelt um; das letztere Verfahren musste er allerdings in einem Fall alsbald wieder aufgeben, da es zu schmerzhaft für die Kreissende war.

Die Anlegung des Instrumentes, die wir immer in Rückenlage vornahmen, ist in den meisten Fällen sehr leicht. Macht dieselbe irgend welche Schwierigkeiten, so nimmt man zweckmässig ein Speculum zu Hilfe und hakt sich die Portio mit einer Kugelzange an, was auch noch den Vortheil hat, dass man dann den Cervix durch Auswischen möglichst gründlich reinigen kann. Die Einführung der Branchen ist uns dann immer spielend gelungen. Auch die Adaptirung der Verschlusstheile, sowie erst recht die Anlegung der Gummiringe ist ausserordentlich einfach. Das ganze Instrument ist durch vorheriges Auskochen rasch und sicher sterilisirbar. Verletzungen des Cervix oder der Gegend des inneren Muttermundes haben wir bei sorgfältiger Exploration post partum nie beobachtet. In dem durch v. Herff beobachteten Falle konnte dies auch durch die Section bestätigt werden. Wir haben die stehende Blase bei der Einführung des Instruments nie verletzt. In keinem Falle ist darnach eine Aenderung in Lage, Stellung oder Haltung der Frucht eingetreten. Kleinere Druckmarken an der Vaginalschleimhaut und am Introitus vulvae, wie wir sie in einem Falle nach langem Liegen des Instrumentes sahen, würden sich vielleicht durch Anbringung einer mässigen Beckenkrümmung vermeiden lassen. Den von der Kreissenden in manchen Fällen lästig empfundenen Druck des Schlosstheils auf den Damm konnten wir, wie Bonnaire, durch Unterschieben eines kleinen Watte- oder Gazetampons zwischen Weichtheile und Instrument immer beseitigen. Auch mässige Hochlagerung des Beckens mit leichter Unterstützung des distalen Écarteurendes durch ein Kissen erwies sich hierfür als vortheilhaft.

Wir haben in der Regel von vornherein alle 3 Branchen eingeführt. Nur wenn die Einführung des 3. Armes Schwierigkeiten machte, begnügten wir uns zunächst mit zweien und legten den dritten erst ein, wenn die Erweiterung und Dehnung der Theile genügend vorgeschritten war. Ist der innere Muttermund bequem für einen Finger durchgängig, so können nach unseren Erfahrungen bei normalen Weichtheilverhältnissen alle 3 Arme eingeführt werden. In den von Bonnaire mitgetheilten Fällen wurden nie mehr als 2 Arme verwandt. Ich habe jedoch bei meinen Beobachtungen den Eindruck bekommen, dass der zweiarmige Écarteur, der immer im queren Beckendurchmesser liegen wird, zu einseitig in querer Richtung wirkt, und möchte daher im Interesse einer auf die Peripherie von Cervix und Muttermund möglichst gleichmässig vertheilten Dehnungswirkung empfehlen, in jedem Fall, wenn möglich primär sämmtliche 3 Arme einzuführen.

---

[1]) Ittmann und Ledermann, Die Dermatitis herpetiformis (Duhring) und ihre Beziehungen zu verwandten Affectionen. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1892. Heft 3.

[2]) Dubreuilh, Archives cliniques de Bordeaux 1893, No. 2. Referat. Unna'sche Monatshefte 1893, Bd. 17, Heft No. 4.

[3]) u. [4]) cfr. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1892, No. 4, p. 441 u. ff.

[1]) Münchener med. Wochenschrift, 1892, No. 44.

[2]) De la Dilatation artificielle du col de l'Utérus dans l'accouchement. L'Écarteur utérin Tarnier. Archives de Tocologie, 1891, p. 764.

Im Ganzen haben wir den Écarteur in 5 Fällen von künstlicher Frühgeburt angewandt, einmal am normalen Schwangerschaftsende zur Beschleunigung der bereits im Gange gewesenen Eröffnungsperiode.

Fall I. Unter Leitung von Herrn Geheimrath Kaltenbach; von Herrn Dr. v. Herff bereits ausführlich mitgetheilt.

Frau B., 35 jährige II p. Graviditas in mens. VI. Seit kurzer Zeit Oedeme.

Am 2. X. eklamptischer Anfall, dem noch zwei weitere folgten.

Am 3. X. unter den Erscheinungen schwerer Herzschwäche in die Klinik gebracht. Urin: 3 pro mille Eiweiss, zahlreiche Cylinder verschiedener Art. Cervix für einen Finger durchgängig, 3 cm lang. Innerer Muttermund ebenfalls für einen Finger durchgängig.

3. X. Morgens. Einlegen eines sterilisirten Pressschwammes; derselbe quillt nur wenig. Nachmittags $4^1/_2$ Uhr: Écarteur ohne jede Schwierigkeit eingeführt. Branchenabstand 8 cm. Nach und nach stärkere Wehen. 5 Uhr Abends Abstand der Arme $7^1/_2$ cm. 2. Ring umgelegt. $6^1/_2$ Uhr $6^1/_2$ cm. $7^1/_4$ Uhr $6^1/_4$ cm. 3. Ring umgelegt. 8 Uhr $4^1/_2$ cm. Muttermund fünfmarkstückgross. Blase prall gespannt, drängt sich stark vor. Cervix nahezu ganz entfaltet. Herztöne von vorneherein nicht zu hören. Extraction der Frucht in Beckenendlage. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Keinerlei Verletzungen der Portio nachweisbar, ausser an der Stelle, wo die Hakenzange bei Einführung des Pressschwammes gelegen hat.

† am 4. X. an Lungenödem.

Bei der Section zeigt der Muttermund keinerlei Einrisse, nur an ganz geringen Stellen leichte Defecte der Schleimhaut. Kein Decubitus. Cervicalcanal zeigt auch seinerseits nirgends grössere Verletzungen.

Fall II. Frau K., 25 jährige II p. I p. vor 6 Jahren. Perforation des lebenden Kindes. Allgemein verengtes, stark plattes Becken. D. sp. $23^1/_2$, D. cr. $25^1/_2$, C. D. 10. Graviditas in mens. IX. Sch. L. I.

Aufgenommen den 6. IX. 1893. Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

10. IX. 9 Uhr Morgens. In Narkose Durchgängigkeit des Kopfes durch das Becken festgestellt. Bougie eingelegt. Nachmittags 6 Uhr stärkeres Bougie eingelegt.

11. IX. Bougie entfernt. Wehen sehr schwach und selten. Abends 7 Uhr. Künstlicher Blasensprung.

12. IX. Da Wehen fast ganz verschwunden sind, Galvanisation nach Bayer.

13. IX. Morgens. Galvanisation viertelstündlich fortgesetzt. Nunmehr kräftige Wehenthätigkeit.

14. IX. Ueber Nacht Wehenthätigkeit wieder völlig erloschen. Daher $9^1/_2$ Uhr Morgens Colpeurynter eingelegt; nach 6 Stunden wieder entfernt. Wehen immer noch sehr schwach.

15. IX. Morgens $9^3/_4$ Uhr Muttermund bequem für einen Finger durchgängig. Wehen sehr schwach. Écarteur eingelegt. Einführung des rechten Armes wegen alter Cervixnarben etwas schwierig. Branchenabstand $8^1/_4$ cm. Alsbald setzen kräftige Wehen ein. 11 Uhr $7^1/_2$ cm, 12 Uhr $6^1/_2$ cm Abstand, 1 Uhr $4^1/_2$ cm. Muttermund fünfmarkstückgross, kräftige Wehen in Pausen von 3—5 Minuten. Daher $1^1/_2$ Uhr Écarteur abgenommen. Wehen bleiben gut. 2 Uhr Muttermund handtellergross. Köpfchen eingetreten. Nach anhaltend kräftiger Wehenthätigkeit Abends 10 Uhr spontane Geburt eines lebenden Kindes. Wochenbett glatt.

Fall III. Unter Leitung des Herrn Geheimrath Kaltenbach.

Frau B., 36 jährige VI p. I und II p. spontan, Schädellage. III und IV p. Perforation. 1 mal Abort in mens. III. Plattes Becken. D. sp. 24, D. cr. 27, C. D. $9^3/_4$—10. Graviditas in mens. IX. Sch. L. II.

14. X. 93. Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Bougie eingelegt.

15. X. Vormittags Wehen sehr selten und schwach. Muttermund für einen Finger durchgängig.

16. X. Stärkeres Bougie eingelegt.

17. X. Vormittags. Wehen haben wieder sistirt. 2 Bougies eingelegt. Hierbei Blase gesprengt. Kopf leicht fixirt. Kindliche Herztöne stark verlangsamt.

18. X. Wehenthätigkeit andauernd schwach. Mehrmals warme Vollbäder und heisse Scheidenausspülungen.

19. X. Wehen sehr schwach. Muttermund für zwei Finger durchgängig. Nabelschnurschlinge vorgefallen. Nach Reposition derselben und Einstellung des Kopfes Écarteur eingelegt $12^3/_4$ Uhr Mittags. Zwei Arme leicht eingeführt. Sofort kräftige und häufige Wehen. Abstand 6 cm.

6 Uhr Abends. Muttermund Fünfmarkstückgross. $11^1/_2$ Uhr Abds. Muttermund kleinhandtellergross. Plötzlich Schüttelfrost. Temperatur 39,8, Puls 144. Kindliche Herztöne nicht mehr zu hören. Écarteur entfernt. Perforation. Kranioklasie.

Eine genaue Abtastung post partum lässt keinerlei Verletzung an Cervix oder Scheide erkennen. Wochenbett glatt.

Fall IV (cf. Fall II der elektrisch behandelten). Led. Rosine U., 38 jährig, III p. Hochgradig plattrhachitisches Becken. Acht Tage lang nach modificirter Freund'scher Methode behandelt.

5. III. 94, Nachmittags 4 Uhr. Portio und Cervix gut aufgelockert. Cervix und innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Nach Anhaken der vorderen Muttermundslippe mittelst Kugelzange und unter Controle des Speculums Ecarteur sehr leicht eingeführt. Branchenabstand $6^1/_2$ cm. Schon nach wenigen Minuten kräftige, häufige Wehen.

$4^3/_4$ Uhr: $5^1/_2$ cm. $5^1/_4$ Uhr: $4^1/_2$ cm. Wehen andauernd gut. Kind immer in Querlage II. Auch nach äusserer Wendung auf den Kopf weicht letzterer immer wieder ab. 2. Ring umgelegt.

6 Uhr. Abstand $2^1/_4$ cm. 3. Ring umgelegt.

7 Uhr. $1^3/_4$ cm. Wehen sehr kräftig. Muttermund während des Liegens des Écarteurs anscheinend nahezu vollständig. Blase wölbt sich prall vor. Écarteur abgenommen. Blase gesprengt. Kopf eingestellt, wobei eine Hand vorfällt, welche sofort reponirt wird. Kopf durch Handtuchverband über dem Beckeneingang fixirt. Muttermund ist nach Abnahme des Écarteurs und Sprengung der Blase wieder z. T. zusammengefallen, etwa handtellergross, Cervix etwa 2 cm lang.

$12^1/_4$ Uhr Abends. Wehen andauernd gut. Eindrücken des Kopfes ins Becken nach Hofmeier misslingt, auch in Narkose.

6. III. Morgens. Wehen die ganze Nacht hindurch leidlich kräftig. Muttermund nahezu vollständig erweitert, immer noch 1—$1^1/_2$ cm Cervix vorhanden. Kindliche Herztöne dauernd gut.

10 Uhr Morgens. Kindliche Herztöne plötzlich stark verlangsamt und unregelmässig. Meconiumabgang. Muttermund vollständig. Noch etwa 1 cm hoher Cervix nachweisbar. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. In Chloroformnarkose (von v. Herff modificirte) Achsenzugzange angelegt, nachdem hinten eine 2 cm tiefe, linksseitlich eine kleinere Incision in den Cervix gemacht ist. Forceps sehr schwer. Ueber 15 Tractionen. Das Passiren des Promontoriums sowie der Spinae ossis isch. macht sich durch einen hörbaren Ruck bemerkbar. Hiernach Kopf mit Beckenausgangsforceps aus tiefem Querstand leicht entwickelt. Kind hochgradig asphyktisch, zeigt eine tiefe Impression des linken Scheitelbeins, vom Promontorium herrührend. Nach zweistündlichen Bemühungen leidlich wiederbelebt, wimmert jedoch nur. Kind stirbt nach 18 Stunden. Section ergibt Lungenatelektase und reichlichen Bluterguss unter die Galea, sowie die angeführte Scheitelbeinsimpression. Wochenbett glatt.

Fall V (cf. Fall III der elektrisch behandelten). Led. Hedwig M., 38 jährige IV p. Plattrhachitisches Becken. Nach dreitägiger Anwendung des modificirten Freund'schen Verfahrens ist 19. III. 94 Morgens Portio und Cervix gut aufgelockert. Portio etwa $1^1/_2$ cm lang. Innerer Mutermund knapp für 1 Finger durchgängig.

9 Uhr Morgens. Nach Anhaken der vorderen Muttermundslippe im Speculum 2 Écarteurbronchen leicht eingeführt. Da die Anlegung des dritten wegen der Enge des inneren Muttermunds und alter Cervixnarben Schwierigkeiten macht, wird vorläufig davon abgesehen. Abstand der Arme 6 cm. Alsbald Eintritt kräftiger Wehen. 11 Uhr 6 cm. $12^1/_4$ Uhr 6 cm. Muttermund bequem für 2 Finger durchgängig. Dritter Arm leicht eingeführt. $1^1/_2$ Uhr. Zweiter Ring umgelegt. 2 Uhr Armabstand $4^1/_2$ cm. $4^3/_4$ Uhr 4 cm. Dritter Ring umgelegt. $5^1/_2$ Uhr 3 cm. 6 Uhr 20 Min. 3 cm. $7^3/_4$ Uhr $2^1/_2$ cm. Muttermund handtellergross. Écarteur abgenommen, worauf Muttermund wieder zum Theil zusammenfällt und noch etwa 1 cm langer Cervix nachweisbar ist. Nachts gute Wehen, gegen Morgen Schlaf.

20. III. Morgens. Wehen haben stark nachgelassen. Kopf immer noch beweglich über dem Beckeneingang.

9 Uhr Morgens. Blasenstich. Kopf stellt sich fest auf den Beckeneingang auf.

11 Uhr. Wehen sehr schlecht. Kopf tritt nicht ein.

1 Uhr. Da fast absolute Wehenschwäche eingetreten, der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang ist und immerzu seine Stellung wechselt, wird auf den ventralen rechten Fuss gewendet.

Wehen bleiben im Laufe des Nachmittags schlecht. Fuss zeitweise angezogen.

7 Uhr Abends. Kindliche Herztöne plötzlich dauernd verschwunden. Bei nahezu vollständig erweitertem Muttermund Kind extrahirt, der nachfolgende Kopf perforirt.

Exploration post partum: Keine Verletzungen an Cervix oder Scheide nachweisbar. Wochenbett glatt.

Fall VI. Frau B., 24 jährige I p., am normalen Schwangerschaftsende. Mässig plattes Becken. C. D. 11—$11^1/_2$.

10. XII. 93 Abends 7 Uhr aus der Poliklinik hereingebracht. Temperatur 39,3. Puls 120. Schädellage I. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Kindliche Herztöne gut. Muttermund markstückgross Blase steht. Wehen kräftig.

Temperatur fällt bis zum 11. XII. Morgens wieder ab, steigt Vormittags wieder bis 38,9. Wehen sind sehr schwach und selten geworden. Innerer Befund unverändert.

12 Uhr Morgens Blasenstich.

Wehen bleiben schlecht. Temperatur 6 Uhr Abends 40,9. Puls 96. Status idem. Da im Interesse der Mutter eine energische Beschleunigung der ganz in's Stocken gerathenen Geburt indicirt erscheint, wird bei markstückgrossem Muttermund der Écarteur eingelegt. Einführung sehr leicht.

$7^1/_4$ Uhr Abends. Branchenabstand $6^1/_2$ cm. Nach 10 Minuten kräftige Wehen.

11 Uhr Abends. Abstand 4 cm. Wehen sehr kräftig. Écarteur abgenommen. Muttermund nahezu handtellergross. Kopf in's Becken eingetreten.

12. XII. Morgens. Während der Nacht gute Wehen. Muttermund vollständig. Kopf quer in Spinalebene. Da die Kreissende sehr erschöpft ist, auch die Temperatur wieder in die Höhe geht, wird im

tiefen Querstand des Kopfes der Forceps angelegt. 3 Tractionen. Kopf dreht sich von selbst in der Zange, leicht entwickelt.

Im Wochenbett Fieber bis zum 6. Tage. Am 13. Wochenbettstage in Wohlbefinden mit dem Kinde entlassen.

Nach unseren Erfahrungen ist der Écarteur utérin von Tarnier ein sicher und rasch wirkendes, bei einigermaassen geschickter Handhabung völlig gefahrloses Mittel

1) zur Beschleunigung der Erweiterung des Cervix und zur Verbesserung der Wehen in der Eröffnungsperiode;

2) zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Zur Beschleunigung der bereits im Gang begriffenen oder ins Stocken gerathenen Eröffnungsperiode ist die Anwendung des Écarteurs indicirt beim Eintritt von Gefahr für Mutter oder Kind in Fällen, in denen die allgemein üblichen wehenverbessernden Mittel zu langsam oder zu unsicher wirken würden, andererseits aber ein mittelbar wirkendes Verfahren nicht erforderlich ist. Aber auch gegenüber den schnell oder gar forcirt wirkenden bisher gebräuchlichen Verfahren bietet der Écarteur grosse Vortheile. Ich habe hierbei besonders den Colpeurynter und die von Dührssen empfohlenen tiefen Cervixincisionen im Auge. Die nachtheiligen Nebenwirkungen des Colpeurynters, die Gefärdung der stehenden Blase, die Möglichkeit der Verdrängung des vorliegenden Kindstheils und der damit verbundenen Aenderung in Lage, Stellung und Haltung der Frucht, die Gefahr des Nabelschnurvorfalls, der vorzeitigen Ablösung der Placenta, sowie des Mitschleppens von Keimen aus Scheide und Cervix in die Uterushöhle, endlich die Schwierigkeit der einwandsfreien Sterilisation des Instrumentes fehlen beim Écarteur vollständig. Auch ist die Application des Colpeurynters viel schwieriger und zugleich für die Kreissende schmerzhafter als die Anlegung des Écarteurs. An Stelle der für die Mutter so gefahrvollen und nur von sehr geübten Geburtshelfern ausführbaren tiefen Cervixincisionen wird der Écarteur in manchen Fällen wirksam treten können, besonders in der Behandlung von Eklampsie intra partum. Ich befinde mich in diesem Punkte allerdings in directem Gegensatz zu Bonnaire, welcher bei drohender oder bereits ausgebrochener Eklampsie den Écarteur für contraindicirt hält. Er fürchtet die Auslösung eines eklamptischen Anfalls durch den vom Écarteur ausgeübten Reiz. Aber welcher zur Beschleunigung oder Beendigung der Geburt unternommene Eingriff bei befürchteter oder schon zum Ausbruch gekommener Eklampsie genügte denn nicht zur Auslösung eines Anfalls? Schon die einfache Exploration ist ja hierzu im Stande. Uebrigens haben wir in dem mit Eklampsie complicirten Fall I von der Anwendung des Écarteurs keinerlei Nachtheil gesehen. — Der Écarteur wird ferner am Platze sein in Fällen von absoluter, hartnäckiger Wehenschwäche in der Eröffnungsperiode. Auch bei schweren Allgemeinerkrankungen der Mutter wie Tuberculose, Herzfehlern etc. wird er vortheilhaft zur Abkürzung der Eröffnungsperiode beitragen können.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist der Écarteur in allen Fällen anwendbar, in denen der innere Muttermund wenigstens knapp für einen Finger durchgängig ist. Ist diese Vorbedingung nicht erfüllt, so muss die nothwendige Auflockerung und Erweiterung des Cervix durch andere, vorbereitende Mittel herbeigeführt werden, sei es durch Bäder, Bougies, sei es durch die in einem Theil unserer Fälle mit Vortheil angewandte Freund'sche Methode oder durch ein anderes der zahlreich hierfür zur Verfügung stehenden Mittel. Für contraindicirt halte ich mit Bonnaire die Anwendung des Écarteurs in allen Fällen von malignen Neubildungen des Cervix und besonders auch bei Placenta praevia wegen der grossen Zerreisslichkeit der Gewebe.

Der Écarteur hat in unseren Fällen von künstlicher Frühgeburt stets sicher wehenerregend gewirkt und zwar in relativ kurzer Zeit, die sicher noch hätte abgekürzt werden können, wenn wir nicht wegen der geringen Vertrautheit mit dem Instrument besonders vorsichtig gewesen wären. Der Erfolg trat manchmal schon wenige Minuten nach der Anlegung, spätestens innerhalb 1—2 Stunden darnach ein. Was die Dehnungswirkung auf den Cervix betrifft, so möchte ich besonders betonen, dass wir mittelst des Écarteurs zwar eine sehr vollständige und gleichmässige Erweiterung des Cervix erzielten, immer aber nur eine mangelhafte Entfaltung desselben. Letztere wird sich nach Abnahme des Écarteurs in all denen Fällen bald in genügendem Maasse einstellen, wo man entweder in der Lage ist, die Blase noch länger erhalten zu können oder wo ein tiefertretender Theil die weitere Entfaltung des Cervix übernehmen kann.

Zum Schlusse spreche ich dem stellvertretenden Director der Klinik, Herrn Privatdocenten Dr. v. Herff, meinen besten Dank aus für die freundliche Ueberlassung des Materials.

Hypnotismus und Hysterie.

(Eine Rückantwort.)

Von Prof. *A. Forel* in Zürich.

In der No. 13 der „Münchner Med. Wochenschrift" hat mir Herr Prof. Jolly in einer Weise erwidert, die nothwendig Missverständnisse hervorrufen muss und daher einer sachlichen Berichtigung bedarf. Er sagt:

Und wenn Forel sagt: „Wer Liebault, Bernheim, Delboeuf u. A. m. kennt, weiss, wie wenig sie den Erzählungen der Hypnotisirten trauen und wie sie die Suggestion deuten," so kennzeichnet er durch dieses berechtigte Misstrauen gegen die Angaben der Hypnotisirten auch wieder eine Eigenthümlichkeit, die sie den Hysterischen gleichstellt. Es ist dies die Uncontrolirbarkeit ihrer phantastischen Gebilde, ihre Unfähigkeit, Erlebtes und Erdachtes zu unterscheiden etc.

Wenn Herr Collega Jolly mit der praktischen Suggestionsmethode besser vertraut wäre, würde er sofort gewusst haben, dass die Angaben der Hypnotisirten während der Hypnose (dasjenige, was ich damit meinte) durchaus nicht gleichwerthig sind mit ihren Angaben vor- und nachher,[1]) insofern es nicht Hysterische sind, und dann hätte er meine Worte anders deuten müssen, als er es gethan hat.

Ich will versuchen, dies noch klarer auszudrücken: Herr Collega Jolly wird mir gerne zugeben, dass ein Mensch, der im Schlafe träumt, nicht desshalb hysterisch ist, sonst müsste man die Nichthysterischen mit der Laterne des Diogenes suchen. Es behaupten zwar viele Menschen, dass sie nicht träumen, was jedoch nur auf ihrer Amnesie nach dem Erwachen beruht. Nun aber ist die Uncontrolirbarkeit der phantastischen Gebilde und die Unfähigkeit, Erlebtes und Erdachtes zu unterscheiden, eine typische Eigenthümlichkeit des Traumlebens, des normalen Schlafes ebenso wie der Hypnose. Wir brauchen dieselben immer mehr oder weniger bei der Suggestion, um mittels derselben therapeutische Erfolge zu erzielen. Der grosse Unterschied jedoch zwischen dem Suggestivzustand des Nichthysterischen und demjenigen des Hysterischen ist, dass bei dem letzteren jene genannten Eigenschaften als Eigenthümlichkeiten ihres constitutionellen Charakters, ihres individuellen Hirnlebens, nach der Hypnose bestehen bleiben, wie sie auch vor derselben vorhanden waren, so dass eine zuverlässige Controle überhaupt unmöglich ist. Ich habe an anderem Orte schon geradezu betont und wiederhole es hier, dass man bei den Hysterischen in den meisten Fällen besser mit einfachem suggestiven Zuspruch, mit suggestiver Pädagogie, mit suggestiven Medicinen etc. zum Ziele kommt, als mit eigentlicher Hypnotisirung, weil sie mit letzterer zu gerne ihr bekanntes krankhaftes Spiel treiben.

Herr Collega Jolly wird uns doch gewiss zutrauen, dass wir in Zürich die pathologische Lüge der Hysterischen und verwandter Psychopathen von den Charaktereigenschaften der normalen Menschen mit der ganzen Scala ihrer Ehrlichkeit und Unehrlichkeit zu unterscheiden im Stande sind. Sollte er etwa daran zweifeln, so erlaube ich mir zu bemerken, dass fast alle Fälle des Buches Delbrück's (Die pathologische Lüge, 1891 bei Enke) aus meiner Klinik stammen, und er wird in diesem Buche durch die vortreffliche, klare Kritik Delbrück's beruhigt werden.

Nun wiederhole ich mit aller Entschiedenheit, dass man den wissenschaftlichen Werth hypnotischer Experimente nicht bei Hysterischen, sondern bei Normalmenschen, und zwar bei ehrlichen, zuverlässigen, nüchternen Normalmenschen prüfen soll, welche dem Arzt nachher zuverlässige Angaben über ihre Empfindungen, Wahrnehmungen etc. zu machen im Stande sind. Und ich wiederhole ebenfalls, dass der Suggestionszustand, die Hypnose, mit der Hysterie so wenig zu thun hat, wie der Traum des Schlafenden. Ist der hypnotisirte Normalmensch erwacht oder (bei Wachsuggestion) desuggestionirt, so ist er genau so normal wie vorher, d. h., bei zuverlässiger

[1]) Auszunehmen sind natürlich solche nach der Hypnose bleibende subjective Täuschungen über Vorgänge der Hypnose, die durch Amnesie oder durch absichtliche Suggestion des Hypnotiseurs bedingt sind. Mit der Unzuverlässigkeit der Hysterischen hat dieses aber nichts Gemeinsames. Es ist nur ein experimenteller Nachweis wichtiger Quellen von subjectiven Täuschungen bei der menschlichen Normalseele.

Behandlung, falls ihm vorher etwas fehlte, gewöhnlich um einen oder mehrere pathologische Symptome ärmer.

Der Hysterische dagegen ist nach wie vor ein hysterischer Mensch. Man hat bei ihm hysterische Erscheinungen, hysterische Störungen, nicht aber die constitutionelle Hysterie selbst curirt. Damit stimme ich ja mit Herrn Collega Jolly in seiner Erwiderung ganz überein. Mit den Worten „Ganz geheilt" hatte ich natürlich die hysterischen Störungen und nicht die constitutionelle Hysterie gemeint.

Endlich scheint Collega Jolly meinen Vorwurf des Nichtstudiums der Suggestionsmethode bei solchen Aerzten, welche darin fachmännische Erfahrung haben, wenigstens theilweise dadurch widerlegen zu wollen, dass er angibt, solche Fälle sorgfältig verfolgt zu haben, welche von berufsmässigen Hypnotiseuren behandelt worden waren. Es ist ungefähr so, wie wenn ich mir fachmännische Kenntnisse in der Chirurgie dadurch erwerben wollte, dass ich die Narben etc. der von den Chirurgen operirten Kranken untersuchen würde, statt chirurgische Klinik zu hören oder chirurgischer Assistent zu werden. Wie Herr Collega Jolly würde ich dabei eine gewisse negative Kritik auszuüben im Stande sein; nicht alle Operationsergebnisse wären tadellos; ich würde sogar manchen verpfuschten Fall erkennen und den bezüglichen Chirurgen dafür verantwortlich machen. Ob aber dann das Ergebniss meiner Kritik ein objectives, gerechtes und sachkundiges wäre, darüber überlasse ich dem Leser das Urtheil. Ich selbst habe die Suggestionsmethode bei Herrn Collega Bernheim in Nancy persönlich gelernt.

Natürlich nehme ich berichtigend von der Angabe Prof. Jolly's Notiz, dass er nicht nur diese vier Fälle hypnotisirt hat (über seine sonstigen Erfahrungen in dieser Disciplin hatte er ja nichts geschrieben), sondern früher schon Versuche angestellt hatte. Doch können dieselben nicht ausreichend gewesen sein, sonst hätten sie ihn zu anderen Ergebnissen geführt. Die Anschauung kann übrigens durch keine Bücher ersetzt werden.

Im Uebrigen glaube ich bei sachlichster Ueberlegung und auf Grund einer mehrjährigen nicht kleinen Erfahrung Punkt für Punkt dasjenige, was ich gesagt habe, gegenüber der Erwiderung von Herrn Collega Jolly aufrecht erhalten zu müssen. Die Zukunft wird ja so wie so die Frage weiter abklären.

Feuilleton.

Zur sogenannten freien Arztwahl in Leipzig.

Die in No. 17 dieses Blattes veröffentlichte Auseinandersetzung des Herrn Dr. Dresdner über die freie Arztwahl nimmt, mit mehr Beredtsamkeit als genauer Kenntniss der thatsächlichen Verhältnisse, so vielfachen und so übermässig lobpreisenden Bezug auf die Leipziger Ortskrankencasse, dass einige Worte der Erwiderung im ärztlichen Interesse angezeigt erscheinen.

Es ist Thatsache, dass den Mitgliedern der grossen Leipziger Ortskrankencasse, die ungefähr 80,000 Mitglieder umfasst, die Wahl zwischen ungefähr 100 Aerzten, Specialärzten und Zahnärzten der inneren Stadt, ungefähr 50 Aerzten der Vororte und ungefähr 30 Aerzten der weiteren Umgebung frei steht und dass sie freie ärztliche Behandlung geniessen nicht nur für sich selbst, sondern auch für die von ihnen erhaltenen Familienangehörigen.

Es ist aber nicht der Fall, dass auch den Aerzten das Behandeln der Cassenmitglieder und ihrer Angehörigen frei stehe; sie bedürfen dazu vorher der Anstellung durch den in seiner Mehrheit socialdemokratischen Vorstand der Casse[1]). Die Anstellung erfolgt in der Regel erst nach einer Wartezeit von einem oder mehreren Jahren; nur wenn Jemand sich als Specialisten für Naturheilkunde oder als socialdemokratischen Genossen bezeichnet, hat er auf sofortige Anstellung zu rechnen. Dass in den letzten Wochen auch eine Anzahl neu zugezogener Aerzte angestellt worden sind, die sich keines dieser beiden Vorzüge rühmen konnten oder wollten, hat seine besonderen, hier nicht weiter in Frage kommenden Gründe.

Dass die Leipziger Ortskrankencasse freie Behandlung nicht nur den Cassenmitgliedern, sondern auch den Angehörigen gewähren kann, hat seinen Grund nicht in der von Herrn Dr. Dresdner so sehr gerühmten Intelligenz des Cassenvorstandes[2]), sondern darin, dass seit dem 1. Juli 1886 die Aerzte nur 50 bis höchstens 60 Proc. ihrer Liquidationen bezahlt bekommen oder mit anderen Worten, dass sie seitdem die Behandlung der Angehörigen eigentlich haben umsonst besorgen müssen.

Die Taxe, nach der die ärztlichen Rechnungen aufgestellt werden, ist eine sehr niedrige: Der Besuch im Wohnorte 1 M., die Berathung in der Wohnung des Arztes 75 Pf.; Operationen, die in der alten sächsischen Medicinaltaxe[3]) mit weniger als 3 M. angesetzt sind, werden nur als Consultationen bezw. Besuche berechnet und unterliegen der gleichen 40—50 proc. Kürzung wie diese.

Nur geburtshilfliche Operationen, Augenoperationen, Entfernungsgebühren (50 Pf. pro Kilometer) und Nachtbesuche (2 M.) werden voll bezahlt.

Die freie Behandlung der Angehörigen bietet neben der freien Arztwahl den grössten Anziehungspunkt der Ortskrankencasse und hat ihr allerdings die Gunst des Publicums erobert, — auf wessen Kosten sie gewährt wird, das ist oben gesagt worden.

Auch weiss Herr Dr. Dresdner nicht, dass fast sämmtliche, in Leipzig und Umgegend bestehenden Betriebskrankencassen ihren Mitgliedern gleichfalls freie Arztwahl und Familienbehandlung gewähren, nur mit dem Unterschiede, dass sie die Aerzte voll oder mindestens wesentlich besser bezahlen, als die Ortskrankencasse, dass sie also thatsächlich leistungsfähiger sind, wie diese und dass sie dabei ihre Aerzte anständig behandeln.

Denn letzteres thut die Ortskrankencasse bisher nicht und je länger je mehr fühlt sie sich als souveräne Brodherrin der Aerzte. Das Weit're verschweig' ich; es ist wenig erfreulich.

Wenn also die Münchener Herren Collegen der freien Arztwahl zustreben — ein an sich gewiss erstrebenswerthes Ziel —, so mögen sie sich hüten vor der Forderung des Herrn Dr. Dresdner nach grossen centralisirten Ortskrankencassen, bezw. nach einer solchen. Die kleineren Betriebskrankencassen sind, bei gleicher Leistungsfähigkeit wie die grossen Cassen, die für die Aerzte bei Weitem günstigeren Cassenformen.

Die grossen Cassen leiden insbesondere unter der Simulation seitens der Mitglieder, die bei Betriebskrankencassen in demselben Maasse nie vorkommen kann, weil hier jeder Kranke nicht nur durch die Aerzte und die sogenannten Krankenbesucher, sondern durch jedes einzelne Cassenmitglied überwacht wird und gerade die Letzteren selbst die schärfsten Aufpasser abgeben: bei den grossen Cassen ist dies nicht oder weit weniger der Fall. Ein weiterer Irrthum des Hrn. Dr. Dresdner ist, wenn er meint, die freie Arztwahl bewirke eine gleichmässigere Vertheilung des Krankenmaterials über die einzelnen Aerzte; in Leipzig gibt es, wie anderswo, eine ganze Anzahl von überlasteten Cassenärzten, für die Alles gilt, was Dr. Dresdner über die traurige Massenpraxis der Cassenärzte in ganz richtiger Weise gesagt hat.

Dass in Leipzig die Aerzte völlig abhängig von der Ortskrankencassen-Verwaltung sind, liegt neben dem Umstande, dass die Cassenpraxis sich auf beinahe zwei Drittel der Bevölkerung erstreckt und desswegen für die meisten Aerzte conditio sine qua non des Prakticirens geworden ist, daran, dass bei Begründung der Casse durch den Rath der Stadt Leipzig dieser unterlassen hat, das Verhältniss zwischen Casse und Aerzten in Verbindung mit der ärztlichen Standesvertretung zu regeln; statt Verträge mit den einzelnen Aerzten abzuschliessen hätte die Behörde Verträge mit den ärztlichen Bezirksvereinen, der gesetzlich geordneten Vertretung des ärztlichen Standes, abschliessen und diesen eine Disciplinargewalt über ihre einzelnen Mitglieder anvertrauen müssen; da dies aber leider unterlassen worden ist, so hat logischer und nothwendiger Weise die Cassenverwaltung die Aufsicht über die Aerzte in die Hand genommen und lässt sie sich nun gutwillig nicht wieder nehmen oder einschränken. (Die ärztliche Vertrauenscommission ist mehr decorativen Charakters, als dass sie auf die Gestaltung des Verhältnisses zwischen Casse und Aerzten einen wirklichen Einfluss hätte.)

Dass eine disciplinare Aufsicht bei freier Arztwahl noch mehr als bei fest angestellten Cassenärzten nothwendig ist, wird kein Kenner des praktischen Lebens bestreiten; es fragt sich bloss, ob es des ärztlichen Standes würdig ist, diese Aufsicht ohne Einschränkung den Cassenvorständen zu überlassen.

Eine Besserung des Verhältnisses zwischen Casse und Aerzten wird in Leipzig wie anderwärts erst dann zu erlangen sein, wenn sich die ärztlichen Standesvertretungen eine Disciplinargewalt über die einzelnen Glieder des Standes erkämpft haben werden; so lange diese nicht errungen worden ist, so lange die Erkenntniss der Nothwendigkeit derselben noch nicht einmal allen Aerzten zum Bewusstsein gekommen ist, werden mit freier Arztwahl wie ohne sie die Verhältnisse der Cassenärzte nicht besser, sondern nur schlechter werden, wie bisher!

Dr. med. Max Ihle in Leipzig,
Cassenarzt der Leipziger Ortskrankencasse.

[1]) Bei Begründung der Casse durch den Rath der Stadt Leipzig im Jahre 1884 wurden allerdings sämmtliche damals in Leipzig prakticirende Aerzte gefragt, ob sie das Amt als Cassenarzt übernehmen wollten und wurden im Bejahungsfalle ausnahmslos angestellt.

[2]) Die ganze Einrichtung der freien Arztwahl und der freien Familienbehandlung ist nicht vom Cassenvorstande, sondern bei Begründung der Casse durch den Rath der Stadt Leipzig unter wesentlicher und ausschlaggebender Mitwirkung des königl. Bezirksarztes Med.-Rath Dr. Siegel geschaffen worden.

[3]) In Folge des ablehnenden Standpunktes des Cassenvorstandes liegt jetzt noch den ärztlichen Rechnungen die alte ungenügende Medicinaltaxe von 1872, nicht die neue verbesserte vom Jahre 1889 zu Grunde.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

A. Chantemesse: L'eau de source et la fièvre typhoïde à Paris. Semaine méd. 1894 No. 27.

Mit 21. Februar d. Js. begann in Paris eine epidemische Ausbreitung des Typhus, als deren Ursache von verschiedenen Autoren die Verunreinigung des Leitungswassers von Vanne

bezeichnet wurde. Gleichzeitig constatirte man in diesem Wasser, übrigens auch in einigen anderen, die zur Versorgung von Paris dienen, die Anwesenheit von virulentem Bac. coli, während Typhusbacillen nicht gefunden wurden. Verf. führt nun aus, dass die Colibacillen an und für sich nicht Typhus erzeugend wirken können. Ein Beweis sei die Caserne „des Tourelles" im 20. Arrondissement (Ménilmontant), welche völlig verschont blieb, während zugleich überhaupt dieses letztere Arrondissement, obwohl es das nämliche Wasser erhält wie das 19. und 18. Arrondissement, auch diesmal wieder seine, seit 26 Jahren bewiesene relative Unempfänglichkeit für Typhus bewährte.

Trotzdem hält Verf. die Anwesenheit der virulenten Colibacillen im Trinkwasser nicht für gleichgiltig. Zwar sei die von der Lyoner Schule angenommene Verwandtschaft derselben mit dem Typhusbacillus nicht bewiesen und aus verschiedenen Gründen nicht anzunehmen. Wohl aber sei die Möglichkeit naheliegend, dass es einen „latenten Microbismus des Typhus" gebe, bei welchem sich der Typhusbacillus im Körper befindet, ohne zur Erkrankung Anlass zu geben, während das Hinzutreten eines weiteren Infectionserregers (diblastische Hypothese), z. B. Colibacillus oder Streptococcus, die Infection manifest macht. Auf diese Weise wäre es dann zu verstehen, dass ein mit Colibacillen beladenes Trinkwasser doch nur in gewissen Quartieren, resp. bei gewissen Personen, den latent vorhandenen Typhuskeim zur Erscheinung bringt. B.

Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Herausgegeben von der k. k. N.-Oe. Statthalterei. I. Jahrgang 1892. Wien und Leipzig, W. Braumüller. 1893.

In den Jahren 1891 und 1892 wurde eine Reorganisation des Wiener Krankenhauswesens durchgeführt, welche darauf abzielte, die sämmtlichen der regulären Krankenpflege in Wien dienenden öffentlichen Spitäler in einer Hand zu vereinigen und durch eine feste Organisation zu einheitlichem Wirken zu verbinden. Der vorliegende Band ist der literarische Ausdruck dieser Reorganisation; er tritt mit seiner zusammenfassenden Berichterstattung über sämmtliche Krankenanstalten an die Stelle der bisher von einigen Anstalten (Allgemeines Krankenhaus, Krankenhaus Wieden, Rudolfstiftung, Kaiserin Elisabeth-Spital) herausgegebenen Einzelberichte. Dass diese Centralisirung der Sache zum höchsten Vortheile gereichen muss, liegt auf der Hand; in der That stellt der Band eine wahre Fundgrube von interessantem technischen, statistischen und casuistischen Material dar. Eine Vorstellung von der Reichhaltigkeit des Inhalts möge nachstehende Uebersicht der Hauptabschnitte geben: A. Geschichtliche Angaben über die Entstehung und Entwicklung der Wiener k. k. Krankenanstalten (Baubeschreibung und Pläne). B. Chronik 1892. C. Personalstand. D. Krankenabtheilungen einschliesslich der Kliniken, Stand 1892. E. Krankenstatistik. F. Aerztliche Beobachtungen, Krankengeschichten, Operationen und Obductionen. G. Vermögensstand, Rechnungsabschluss pro 1893 und Stiftungsausweise. H. Bezüge der Angestellten und der dauernd oder zeitweilig Bediensteten der Wiener k. k. Krankenanstalten. I. Für den Dienst in den k. k. Krankenanstalten wichtige Gesetze, Verordnungen und Normalerlässe. K. Anhang (Choleraabtheilungen betr.). Register. Der Band ist trefflich ausgestattet und mit zahlreichen Ansichten und Plänen geschmückt. Die k. k. n.-ö. Statthalterei hat die schwierige Aufgabe, welche sie sich mit der Herausgabe des Jahrbuches gestellt, glänzend gelöst und sich dadurch den Dank aller Derer verdient, die sich für das Krankenhauswesen im weitesten Umfange interessiren.

Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Unter Mitwirkung von 144 Fachgenossen herausgegeben von Prof. Dr. **Albert Eulenburg** in Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Zweiter Band (Antiseptica—Bauche). Lex.-8. 704 Seiten mit 70 Holzschnitten und einer Farbendrucktafel. Preis: 15 ℳ. Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1894.

Der 2. Band der III. Auflage der Realencyklopädie ist dem 1. rasch nachgefolgt und erfüllt alle Hoffnungen, die sich an das Erscheinen jenes knüpften. Ueberall ist eine sorgfältige Revision des Textes erkennbar; zahlreiche neue Artikel sind eingefügt, andere sind dem veränderten Stande der Wissenschaft entsprechend umgearbeitet, wieder andere ausgeschieden. Von grösseren neuen Artikeln nennen wir: Arbeiterschutz, Armenkrankenpflege (Wernich), Arthrodese (Schüller), Autoinfection (Schwalbe), Autointoxication (Samuel), Bacterien (C. Günther).

Neueste Archive und Zeitschriften.

Centralblatt für Chirurgie. 1894, No. 13—17.

Prof. Ledderhose: **Die Dislocatio ad peripheriam bei Unterschenkel- und Malleolenbrüchen.**

Die Häufigkeit der Ausheilung von Unterschenkel- und Knöchelfracturen mit abnormer Drehung des Fusses veranlasst L. auf dieses Thema einzugehen. Man thut gut, von einer Normalstellung des Fusses (wobei dessen Längsachse bei rechtwinkliger Fussgelenkshaltung senkrecht zur Querachse der Kniescheibe des liegenden Patienten steht) auszugehen; L. fand am häufigsten geringe Aussendrehung der Füsse, aber nicht selten auch eine Innendrehung derselben als normalen Befund und empfiehlt daher, immer zunächst das andere Bein zu untersuchen und je nach dessen Befund eine genau entsprechende Lage durch Verschiebung an der Bruchstelle dem Fuss der verletzten Seite zu geben.

Dr. Lauenstein: **Ein Ringmeissel.**

L. empfiehlt, um die Möglichkeit des seitlichen Abgleitens des gewöhnlichen Hohlmeissels, das besonders bei Schädeloperationen, Beckencaries etc. leicht benachbarte Organe verletzen könnte, zu vermeiden, einen Ringmeissel, dessen cylindrische Schneide ein seitliches Ausgleiten und damit unbeabsichtigte Nebenverletzungen ausschliesst.

Dr. Lauenstein: **Zur Frage der chirurgischen Bohrinstrumente.**

L. empfiehlt dringend den Bohrapparat der Zahnärzte auch für chirurgische Operationen wegen des Vorzugs der raschen, leichten und sicheren Führung (unter anderem auch für probatorische Oeffnungen bei Verdacht auf Eiterung in der Tiefe). Die Verschraubung complicirter Fracturen ist damit in wenigen Minuten gethan, ebenso das Vorbohren noch so tiefer Canäle zum Einschlagen von langen Nägeln etc. Besonders ist die Sicherheit beim Bohren in difficiler Gegend (z. B. Sinus frontalis) hervorzuheben, da man bei der rapiden Umdrehung des Instrumentes nur mit geringem Druck zu arbeiten braucht und in jedem Momente einhalten kann.

E. Bratz: **Wundhakenzange.**

Der Wunddilatator, der eventuell einen Assistenten ersetzen kann und der auch bei nicht sehr ruhig liegenden Patienten den Wundgrund gut präsentirt, ist nach Br. so construirt, dass er leicht mit einer Hand gehandhabt werden kann und dass nach Bedarf verschieden geformte Wundhaken angesteckt werden können. Die Zange ist 13 cm lang, hat ca. 10 cm Spannweite, wird von Dröll in Heidelberg gefertigt. Abbildung im Original.

A. Pichler: **Versuche über Verlässlichkeit der Sterilisationsmaassnahmen für die Instrumente und Verbandstoffe.**

Veranlasst durch den Zweifel, ob das allgemein angenommene physikalische Desinfectionsverfahren auch für Orte, wo der Siedepunkt des Wassers wesentlich unter 100° liegt, genügend sei oder ob das Sterilisationsverfahren für Innsbruck z. B. einer Abänderung bedürfe, hat P. entsprechende Versuche angestellt, die ergaben, dass die Abtödtung von Infectionskeimen auch durch kochendes Wasser resp. strömenden Wasserdampf von 97,3° möglich sei, vorausgesetzt dass dem Wasserdampf ein leichtes gutes Durchströmen gestattet ist. (Milzbrandsporen in einer Glasschale erwiesen sich nach 2stündlicher Sterilisation mit strömendem Wasserdampf noch lebensfähig, in siebartig durchlöchertem Blechgefäss erfolgte auch deren Vernichtung anstandslos, während das Auskochen mit 1 proc. kochender Sodalösung nicht genügte.)

Zur Desinfection von Spritzen genügt (für gewöhnliche Eiterorganismen) ein einmaliges Durchspritzen von kochendem Wasser, die Canüle (aus Platiniridium) wird durch Auskochen sterilisirt.

Felix Löwenhardt: **Die Endoskopie der hinteren Harnröhre.**

Die Uebelstände der bisherigen Beleuchtungsmethoden sucht L. durch Beleuchtung von der Blase her zu vermeiden, die das natürliche Kühlreservoir für die Lampe darstellt, während das endoskopische Rohr frei von störenden Nebenapparaten und für operative Maassnahmen etc. zugänglich bleibt. Abbildung ist im Original nachzusehen.

J. Brandt-Klausenburg: **Ueber Gastroplicatio.**

Ein von Brandt ausgeführtes operatives Verfahren gegen Magenerweiterung (bei Fehlen narbiger oder sonstiger Verengerung des

Pylorus) besteht in der Einfaltung und Vernähung der peritonealen und musculären Schicht des Magens in querer Richtung.

(Br. führte in seinem Fall die Einfaltung an der vorderen und hinteren Magenwand aus.) Schreiber-Augsburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1894. No. 21.

1) Leopold: **Ueber die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung**, verwahrt sich gegen die irrige Annahme und Darstellung von Krönig und Ries, dass in seinen Fällen nur 42 bezw. 69 Proc. der Geburten allein durch äussere Untersuchung geleitet werden konnten; diese Zahlen geben nur an, wie viele Geburten auf genannte Art geleitet wurden, nachdem eine grössere Anzahl aus äusseren Gründen von der Leitung durch nur äussere Untersuchung ausgeschlossen worden war.

2) F. Noll: **Zur Behandlung der Cervicaldysmenorrhoe.**

In Fällen von auf Stenose des Cervicalcanals beruhender Dysmenorrhoe hat sich N. folgendes Verfahren wiederholt und auf die Dauer bewährt: Desinfection; Erweiterung mit Hegar'schen Dilatatorien bis No. 9; kleine radiäre Einschnittchen an der Stelle der Stenose; Verschorfen mit dem Paquelin'schen Messer. Jodoformgazetamponade auf 24 Stunden; 6 Tage Bettruhe.

3) L. E. Schreiber: **Die acute Leberatrophie.** (Aus dem Pawlow'schen geburtshilflichen Asyl zu Odessa.)

Kurze Darstellung des in Bezug auf Aetiolgie, Pathologie etc. von dieser seltenen, wohl unbedingt und in kürzester Zeit zum Tode führenden Schwangerschaftscomplication Bekannten. Die Aetiologie ist unklar; am naheliegendsten ist die Annahme einer Intoxication oder Infection; specifische Mikroben aber sind nicht gefunden. Die Therapie kann nur eine symptomatische sein; empfohlen werden Abführmittel (Calomel) und Blutentziehungen. Anschliessend theilt Schr. den klinischen und Sectionsbericht eines Falles mit (Tod am 4. Tage p. p. die Frucht blieb am Leben). Eisenhart-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1894, No. 19 und 20.

XIX. Aufrecht-Magdeburg: **Die Entstehung der fibrinösen Harncylinder.**

Zusammenstellung der Beweise und Beibringung neuer Gründe für die von A. schon 1878 ausgesprochene Ansicht, dass die Harncylinder aus den Epithelien der Harncanälchen und nicht durch ein aus dem Blute hervorgehendes Exsudat entstehen.

XX. Roland: **Ueber die Conservirung der organisirten Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder.** (Aus der med. Klinik in Bonn.)

R. gibt folgende Methode der Conservirung der Harncylinder an: Aus dem Harn, der morphotische Elemente enthält, werden dieselben durch Sedimentiren oder besser durch Centrifugiren gesammelt. Dann wird der Harn von dem Sediment möglichst vollständig abgegossen, letzteres mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen und nun wird dasselbe mit Müller'scher Flüssigkeit behandelt. Dieselbe wird in einem Zeitraume von 14 Tagen ca. 3—4 mal erneuert. Nachdem die Müller'sche Flüssigkeit vorsichtig abgehoben, wird das Sediment mit Alkohol. absol. nachgehärtet und zwar wird der Alkohol so lange erneuert, bis er sich völlig farblos über dem Sediment abhebt.

Bei dieser Methode erhalten sich die morphotischen Bestandtheile des Harns fast unverändert, nur sind sie etwas geschrumpft. Die so gehärteten Harnsedimente sind auch zu farbenanalytischen Untersuchungen benutzbar.

Archiv für Hygiene. XX. Band, 2. Heft.

Prof. Max Gruber-Wien: **Cholerastudien II.: Ueber die bakteriologische Diagnostik der Cholera und des Choleravibrio.**

Der Verfasser gibt eine höchst dankenswerthe Uebersicht über die Mittel, die heute zu Gebote stehen, um den Cholerabacillus von den nahe verwandten, in neuerer und neuester Zeit entdeckten Vibrionen zu unterscheiden. Unbrauchbar erweist sich die Beobachtung des mikroskopischen Präparates, auch die Geiselfärbung trägt bisher nicht zur Aufklärung von Zweifeln bei. Am wichtigsten ist das Aussehen der Gelatineplattencultur. Gruber findet eigentlich allein in der Gelatineplatte ein Mittel, um den Cholerabacillus von den verwandten Vibrionen zu unterscheiden. Die unregelmässige Form der oberflächlichen Colonien, ihr körniges Gefüge, oder die Furchung und Zerklüftung, die sie zeigen, unterscheiden sie von den übrigen Vibrionen, welche Colonien von runder Gestalt, mit voller Structurlosigkeit oder höchstens mit zarter Strichelung aufweisen. Auch die tiefliegenden Colonien der Cholera unterscheiden sich durch unregelmässige Gestalt, wellig höckerige Oberfläche und grob granulirtes Aussehen von den nächsten Verwandten. Die Platten müssen dünn besät sein und nach 12—20 Stunden beobachtet werden. Ununterscheidbar von Cholera auf der Gelatineplatte fand Gruber den Vibrio Denecke. Die Nitrosoindolreaction erwies sich als unbrauchbar zur Unterscheidung der verwandten Arten. Auch die Prüfung der Pathogenität bei dem Vibrio der asiatischen Cholera, dem Vibrio Berolinensis, dem Vibrio danubicus und dem Vibrio Proteus ergab keine durchgreifende Verschiedenheit. Der Vibrio Metschnikoff unterschied sich dagegen von allen andern durch die rapide Ansiedelung im Blutgefässsystem der Versuchsthiere. Die Arbeit enthält noch zahlreiche interessante Einzelheiten und ist für Jeden von grossem Werthe, der mit der Choleradiagnose praktisch zu thun hat.

Dr. Emil Bunzl-Federn: **Ueber Immunisirung und Heilung bei der Pneumococceninfection.**

Die objective Arbeit bringt genaue Mittheilungen über eine Reihe von Erfahrungen an Thieren (Kaninchen), die zeigen, dass Heilungs- und Immunisirungsversuche mit Stoffwechselproducten des Pneumoniecoccus und dem Blute immunisirter oder erkrankter Thiere oft recht ungleichmässige und wenig befriedigende Resultate geben, wenn wenigstens Pneumococcen von bedeutender Virulenz bei den Versuchen angewendet werden. Zur Erzielung lange lebensfähig und virulent bleibender Pneumoniculturen empfiehlt sich die Verimpfung der Pneumoniecoccen auf das Hühnerei, hier erhält sich die Virulenz wochenlang.

Die vielfach untereinander im Widerspruch stehenden Versuchsresultate (Immunisirung oder Heilung gelang sehr oft im einen Versuch und misslang beim Controlversuch) berechtigen nach Bunzl-Federn nur insoferne zu Heilversuchen am Menschen, als wenigstens keine Gefahr mit den Versuchen verbunden ist. Bei der Beurtheilung der Erfolge hat aber — angesichts der häufigen raschen Spontanheilung der menschlichen Pneumonie die höchste Skepsis obzuwalten.

Th. Bokorny: **Ueber die Betheiligung der chlorophyllführenden Pflanzen an der Selbstreinigung der Flüsse.**

Die Arbeit vertritt von Neuem den Standpunkt, dass die chlorophyllführenden Pflanzen bei der Selbstreinigung der Flüsse eine grosse Rolle spielen. Bokorny polemisirt erst gegen Schenk, der im Rhein bei Köln keine wesentlichen Anzeichen der Mitwirkung der Algenvegetation an der Selbstreinigung des Rheines finden konnte; hierauf theilt er eine Reihe älterer und neuerer Thatsachen mit, welche beweisen, dass grüne Pflanzen organische Stoffe aus dem Wasser absorbiren. Zum Schluss gibt der Verfasser eine kurze Uebersicht über die wichtigeren Phanerogamen und Cryptogamen, die sich im Wasser häufiger finden.

Dr. E. Cramer: **Die Zusammensetzung der Sporen von Penicillium glaucum und ihre Beziehung zu der Widerstandsfähigkeit derselben gegen äussere Einflüsse.**

Die sorgfältige Analyse möglichst rein geernteter Sporen von Penicillium glaucum ergab im Original nachzusehende Zahlen, von denen am interessantesten scheint, dass die Sporen nur 28 1/2 Proc. Eiweisskörper enthalten, während das Eiweiss in den Bakteriensporen nach Cramer 70—90 Proc. ausmacht. Es treten dafür in den Penicilliumsporen sehr bedeutende Mengen Alkoholextracte, Cellulose und Stärke auf. Der Aschengehalt ist niedrig.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XVI. Bd. 3. Heft.

Claudio Fermi und Leone Pernossi: **Ueber das Tetanusgift.**

Die Verfasser geben eine ausserordentlich sorgfältige Studie über das Verhalten des Tetanusgiftes in chemischer und physikalischer Hinsicht. Aus den reichen Ergebnissen kann hier nur folgendes hervorgehoben werden:

Das Tetanusgift ist kein Ferment und hat nichts mit den Enzymen zu thun, es ist nur in Wasser löslich, nähert sich in seinem Verhalten gegen Filtrir- und Dialysirapparate mehr den Colloiden als den Krystalloiden, also mehr den Albuminoidsubstanzen als den Basen. Am wahrscheinlichsten erscheint es, dass die Gifte mit Colloidsubstanzen ungiftiger Art verbunden sind. Wie die Verfasser in einer ausführlichen Tabelle zeigen, verhält sich das Gift des Tetanus und der Diphtherie sehr ähnlich gegen Licht, Wärme und die verschiedenartigen chemischen Agentien wie das Gift der Schlangen, der Fische und die Enzyme.

Auf eiweissfreien Nährböden entwickelte sich bei unseren Autoren der Tetanusbacillus niemals, im Gegensatz zu Uschinski.

W. Kedrowski: **Ueber zwei Buttersäure producirende Bacterienarten.**

Verfasser beschreibt eingehend zwei anaërobe sporenbildende Stäbchen, die energisch Buttersäure bilden und mit den bisherigen Buttersäure erzeugenden Pilzen nach der Versicherung des Verfassers nicht vollständig übereinstimmen.

R. Stern: **Ueber die Wirkung des menschlichen Blutserums auf die experimentelle Typhusinfection.**

Nachdem Stern festgestellt hatte, dass das Serum von Menschen, welche vor noch nicht gar langer Zeit Typhus durchgemacht hatten, im Stande sei, mit Typhusbacillen inficirte Mäuse häufig vor der Infection zu schützen, fand er, dass dem Serum von an Typhus gestorbenen Menschen diese Eigenschaft in noch höherem Maasse zukomme. Aber auch das Serum von Menschen, die niemals Typhus durchgemacht hatten, z. B. aus der Nabelschnur gewonnen, zeigte vielfach schützende Eigenschaften. In einem Schlusscapitel sucht der Verfasser festzustellen, auf welchem Wege die schützende Wirkung des Serums zu erklären sei. Verschiedene Experimente machen es ihm am wahrscheinlichsten, dass die Buchner'sche Ansicht richtig ist, nach der die schützenden Substanzen den Körper des inficirten Thieres widerstandsfähiger gegen die Infection machen, nicht aber giftzerstörend wirken.

Basil Kluczenko und Ludwig Kamen: **Die Cholera in der Bukowina im Jahre 1893.**

Die fleissige Arbeit bestätigt im Wesentlichen die Koch'schen Ansichten über Verbreitung und Nachweis der Cholera.

H. Leo und R. Sondermann: **Zur Biologie der Cholerabacillen.**

Die Galle hat, in grosser Menge auf Cholerabacillen einwirkend, eine mässige antiseptische Kraft. Geringer Gallenzusatz zum Nährboden begünstigt dagegen die Entwicklung. Harnstoff und Borax erwiesen sich ebenfalls als schädigend für die Entwicklung der Bacterien.

B. Körber: **Studien über die Vertheilung der Bacteriencolonien in Esmarch'schen Rollröhren.**

Der Verfasser hat mit ausserordentlichem Fleiss die Brauchbarkeit der Esmarch'schen Rollröhrenmethode nach verschiedenen Richtungen hin kritisch untersucht und gut befunden. Besonders zweckmässig erwies sich die Anwendung der Centrifuge zur Herstellung der Rollröhrchen. K. B. Lehmann-Würzburg.

Vereins- und Congress-Berichte.

IV. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft

am 14., 15. und 16. Mai 1894 zu Breslau.

(Referent: Privatdocent Dr. C. Kopp-München.)

(Fortsetzung und Schluss.)

Grünfeld-Wien spricht über die **endoskopische Behandlung der Tripperformen** und über die **mechanische Behandlung derselben im Allgemeinen.**

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen spricht G. sich gegen das Bestreben der neueren Zeit aus, die zur Endoskopie dienenden Apparate möglichst complicirt zu gestalten. Am besten erfolge die Urethroskopie mittelst der einfachsten, jedem Arzte zugänglichen Methode. Er zieht darum sein einfaches röhrenförmiges Endoskop mit reflectorischer Beleuchtung den Apparaten mit directer, im Innern des Tubus angebrachter Lichtquelle vor. Bei dieser ocularen Inspection der Harnröhre erlangt man die verlässlichsten Anhaltspunkte über die auf der Schleimhaut gesetzten Veränderungen bei möglichst geringer Aenderung des natürlichen Zustandes derselben. Eine übermässige Dehnung ist aus diesem Grunde zu vermeiden. Die Abbildung endoskopischer Sehfelder soll, wie die Demonstration, vornehmlich Einzelbilder möglichst naturgetreu wiedergeben. Auch die Pars posterior der Harnröhre kann mit einfachen geraden Instrumenten ausreichend explorirt werden. Selbstverständlich ist aber zu diagnostischen Zwecken ausser der Endoskopie auch die Untersuchung des Harns und der Secrete nie zu verabsäumen. Während diffuse Urethritisformen nur ausnahmsweise Gegenstand endoskopischer Behandlung sind, und eine Abortivheilung mit derselben nicht erreicht werden kann, sind umschriebene Urethritisformen durch das Endoskop medicamentöser und instrumenteller Behandlung (Galvanokaustik, Elektrolyse u. s. w.) leicht zugänglich. Zur Unterstützung der endoskopischen Behandlung dienen diverse Methoden mechanischer Behandlung: Irrigation, Sondencur, Kühlsonde, mit Instrumenten, die der natürlichen Harnröhrenweite entsprechen. Die Einführung von Medicamenten intensiverer Wirkung durch glatte oder canellirte Sonden. lösliche Stäbchen, Anthrophore, Porte remèdes u. A., ist nur dann zu empfehlen, wenn vorher auf dem Wege der Endoskopie eine genaue topische Diagnose gestellt werden konnte. Mit dem Tastsinne allein sind pathologische Veränderungen der Harnröhre nur schwer und ungenau zu bestimmen. Auch kann nur der endoskopische Befund den Ausschluss bestimmter Mittel und Methoden nothwendig erscheinen lassen. Grünfeld hatte bis jetzt keinen Grund von seiner eigenen Methode der Endoskopie abzugehen.

An der Discussion, bei welcher der Werth der Grünfeld'schen Methode mit einfachen Tuben manche Anfechtungen erlitt, und bei aller Anerkennung der Verdienste des Redners um die Endoskopie und der von ihm durch langjährige Erfahrung erworbenen Technik, die Resultate (insbesondere der Urethroscopia posterior) mit geraden Tuben als für die Zwecke der Praxis wenig befriedigend dargestellt wurden, betheiligte sich in erster Linie Casper-Berlin, welcher sein nach Grünfeld'schem Princip construirtes Endoskop, das, wie Referent sich überzeugen konnte, ganz vorzügliche Bilder gibt und leicht und bequem zu handhaben ist, demonstrirte. Er wies auf die Grenzen des endoskopischen Sehens hin, vermeidet übermässiges Dehnen und den Gebrauch starker Röhren, und hält die Endoskopie der hinteren Harnröhre nur in Ausnahmefällen für zulässig. Acute Fälle von Gonorrhoe sind durchaus von der Endoskopie auszuschliessen. Anderseits können Tumoren, Ulceration bei chronischen Processen aufs Schärfste diagnosticirt werden, ebenso beginnende Stricturen. C. schildert die Befunde bei den verschiedenen Formen chronischer Urethritis, erkennt die Verdienste Oberländer's um die Aufstellung bestimmter Typen durchaus an, betont aber ebenso die Wichtigkeit der Endoskopie, als auch ihre Grenzen. Löwenhardt hat ein den Nitze'schen Apparaten ähnliches Instrument geschaffen, welches wesentlich für die Untersuchung der Pars posterior bestimmt, in der That diesem Zwecke in vorzüglicher Weise dient. Die Beleuchtung der in das grosse Ausschnittgebiet eines gebogenen dicken Katheters eingestellten Schleimhaut geschieht von einer im Vesicalende des Instrumentes angebrachten elektrischen Lichtquelle. E. Lang demonstrirt seinen bereits früher (Intern. Dermat. Congress in Wien) gezeigten Beleuchtungstrichter, Kulisch, Scharff und Kollmann treten für die Oberländer'schen Instrumente ein, Finger und Casper tadeln an letzterem die Hitzeerzeugung und die Verengerung des Tubuslumens durch Lichtleitung und Wasserspülung. Als Ergebniss der lange gedehnten Debatte darf man wohl den Schluss ziehen, dass die Endoskopie der Harnröhre an sich und bei Auswahl geeigneter Fälle speciell von chronischer Gonorrhoe vorzügliche diagnostische Resultate geben kann, dass aber bezüglich der Wahl der Methode Alles dem individuellen Ermessen des Arztes zu überlassen ist; der Eine wird mit diesem, der Andere mit einem anderen Endoskop befriedigend arbeiten können; unter allen Umständen gehört aber dazu eine gediegene, durch Uebung erworbene Technik. (Dem Referent erscheint für die Untersuchung der vorderen Harnröhre das Instrument von Casper, für die hintere Harnröhre das von Löwenhardt bequem und praktisch brauchbar.)

Kollmann demonstrirt einen neuen **aufschraubbaren Harnröhrendilatator mit vier Branchen.**

Durch vierarmige Dilatatoren wird der auf die Harnröhrenwandung ausgeübte Druck gleichmässiger vertheilt, als durch die bis jetzt gebräuchlichen mit zwei Branchen. Ein Vorzug des neuen Instrumentes ist die Widerstandsfähigkeit desselben und die völlig gleichmässige Erweiterung nach allen Seiten. Aehnlich brauchbar erschien uns ein in der Ausstellung demonstrirter aus drei Branchen bestehender Dilatator von Krisch. Durch schützende Gummihülsen ist die Schleimhaut beim Zusammenschrauben der Apparate vor Verletzungen geschützt.

Lohnstein's Spüldilatator bezweckt die Zertheilung der Infiltrate, sowie die Eröffnung verstopfter Drüsenmündungen der Schleimhaut durch Zugwirkung. Durch die gleichzeitig erfolgende medicamentöse Spülung wird die Mobilisirung und Beseitigung der Secrete, sowie eine cauterisirende und adstringirende Einwirkung auf die Schleimhautoberfläche bewirkt. Das Instrument eignet sich vorzugsweise für chronisch infiltrirende Urethritis mit mehr oder weniger umschriebenen Infiltraten, bei stricturirender Urethritis, wenn regressive Veränderungen noch nicht vorhanden sind. Bei callöser Strictur oder bindegewebiger Strictur ist derselbe contraindicirt.

v. Hoorn berichtet über seine Erfahrungen mit **Thiosinamin-Injectionen** bei Lupus. Er empfiehlt dieselben nur bei ausgedehnten ulcerösen Formen des Lupus vulgaris. Doch ist damit eine anderweitige locale Behandlung zu combiniren. Die Thiosinaminlösung hat direct antiseptische Wirkung.

Petrini theilt Krankengeschichten und pathologisch-anatomische Befunde mit. Dieselben betreffen einen Fall von **Polyneuritis syphilitica** mit den Symptomen der spasmodischen Tabes (die Section ergab eine Erweichung der Cervico-Dorsalanschwellung des Markes) und einen Fall von **Syphilis cutanea vegetans** (confluirender Framboesie).

Es folgen die Referate von **Ehlers** und **Marschalkó**. Ersterer gibt eine **neue Statistik über 1501 Fälle von tertiärer Syphilis.**

Tertiäre Syphilis wurde in den Jahren 1864—1881 bei 12,4 bis 22 Proc. aller im Commune-Hospital zu Kopenhagen behandelten Syphilitischen beobachtet. Tertiäre wie secundäre Syphilis war bei Männern um 10 Proc. häufiger als bei Weibern, eine besondere Prädisposition des weiblichen Geschlechts für Syphilis tertiärer Form existirt nicht. Am häufigsten sind tertiäre Läsionen der Haut, dann folgen ulceröse und destructive Processe der Zunge, des harten und weichen Gaumens, der Nase, der Lunge, Pharynx und der Trachea, endlich Erkrankungen des Nervensystems. Thatsächlich sind aber letztere die häufigsten, sie fallen aber gewöhnlich nicht in die Beobachtung der Syphilidologen. In vierter Reihe kommen die Affectionen

des Bindegewebes, die Häufigkeit der tertiären Erkrankungen innerer Organe ist nicht zu eruiren. — Die häufigste Ursache des Tertiarismus sieht E. in der fehlenden oder mangelhaften Quecksilberbehandlung; er beweist dies durch seine Statistik. Von 1501 Fällen konnte 107 mal über frühere Behandlung nichts eruirt werden, 655 mal waren die Patienten nie, in 606 Fällen nur einmal mit Hg behandelt worden, in 133 Fällen waren zwei oder mehrere Ausbrüche mit Hg behandelt gewesen. In den ersten 4 Jahren post infectionem ist eine tertiäre Syphilis am häufigsten. E. ist geneigt, diese tertiären Symptome noch für ansteckungsfähig zu halten. Mit Ausnahme des letztgenannten Punktes decken sich die von Neisser in Kürze mitgetheilten Ergebnisse der Statistik von Marschalkó nahezu völlig mit den Anschauungen von Ehlers. 91,6 Proc. der tertiären Fälle betreffen gar nicht oder ungenügend mit Hg behandelte Fälle von Lues. Trotz aller Einwände, die man gegen solche tertiäre Statistiken erheben kann, und die auch von Petersen, Lang, Caspary in der Discussion erhoben wurden, ist doch der Eindruck vorherrschend, dass einer vorausgegangenen gründlichen und entsprechend oft durchgeführten Hg-Behandlung eine hervorragende Bedeutung für die Vermeidung von Spätformen zugeschrieben werden darf. Die Ansicht E.'s von der Infectiosität der gummösen Processe fand einen allgemeinen Widerspruch.

Petersen bespricht das Vorkommen der die Gonorrhoe complicirenden **Spermatocystitis**.

Er hält dieselbe für viel häufiger als man gemeinhin anzunehmen pflegt. Eine häufigere Uebung der Untersuchung vom Rectum aus, speciell in jedem Falle von Epidymitis und Prostatitis würde dies erweisen. Er theilt einen Fall suppurativer Spermatocystitis mit letalem Ausgang mit. Lang und Neisser stimmen P. zu, dass die Entzündung der Samenbläschen wahrscheinlich viel häufiger vorkommt, als dieselbe constatirt werde. Kollmann weist darauf hin, dass man bei Untersuchung der Secrete aus dem Vorhandensein eines eigenthümlichen netzartigen Gewebes die Diagnose zu stellen in der Lage sei.

Hochsinger bespricht auf Grund anatomischer und histologischer Forschungen das **gleichzeitige Vorkommen von congenitaler Syphilis und Tuberculose.**

Mischinfection zwischen vererbter Syphilis und Tuberculose kommt schon im frühesten Kindesalter zur Beobachtung. Diese Mischinfection kann in Folge gleichzeitiger hereditärer Uebertragung von Syphilis und Tuberculose auf ein und dieselbe Frucht angeboren sein. Käsige Knoten in innern Organen congenital-luetischer Kinder sind erst dann als Gummata anzusprechen, wenn sie sich bei der mikroskopischen Untersuchung als frei von Tuberkelbacillen erweisen. Als hereditär syphilitische Pneumonien sind lediglich die interstitiellen, wirklich granulomatösen und durch Vasculitis ausgezeichneten Entzündungen des Lungengerüstes neugeborner und ganz junger Kinder anzuerkennen. Die sogenannte weisse Pneumonie der Neugebornen hat mit Verkäsung nichts gemein, käsige Lungeninfiltrate hereditär syphilitischer Säuglinge beruhen auf Mischinfection zwischen Syphilis und Tuberculose.

Riehl bringt klinische und histologische Beiträge zur **Hauttuberculose.**

Nach seinen Mittheilungen sind die verschiedenen klinischen Formen der Hauttuberculose noch keineswegs erschöpfend behandelt, es gibt Typen, die sich in keines der bis jetzt bekannten Krankheitsbilder einreihen lassen; er beschreibt mehrere solche, bei denen er durch den Nachweis der Bacillen die tuberculöse Natur zu erweisen in der Lage war.

Ehrmann demonstrirt interessante Präparate von injicirten Lymphgefässen des männlichen Genitale unter normalen und pathologischen Verhältnissen (Initialsklerose).

Jadassohn demonstrirt einen typischen Fall von **Urticaria pigmentosa.**

Das Vorhandensein der Dermatose wurde nur zufällig entdeckt; Juckreiz fehlt complet, durch Reizung der pigmentirten Stellen können typische Quaddeln nach Belieben hervorgerufen werden. In dem von Fabry beobachteten Falle sind die persistirenden Urticariaflecke zum grossen Theile durch Hämorrhagien im subcutanen Gewebe veranlasst. Artefacte bei Gelegenheit der zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung vorgenommenen Excision sind ausgeschlossen. Der bisher nur von Pick bei Urticaria pigmentosa gemachte pathologische Befund von Hämorrhagien fand durch Fabry's Beobachtung die erste Bestätigung. Neben den Hämorrhagien fand F. in seinen Präparaten zahlreiche Mastzellen.

Von hervorragendem Interesse war die aus Anlass des Congresses veranstaltete Ausstellung neuer Instrumente und Präparate, wodurch speciell dem Einzelnen eine vergleichende Beurtheilung der verschiedenen endoskopischen Methoden ermöglicht wurde, die reichen Sammlungen von Moulagen (Henning, Carsten und Baretta), die grosse Anzahl der sonst zu Unterrichtszwecken und zur wissenschaftlichen gegenseitigen Verständigung dienenden Abbildungen, und die zahlreichen zum Theil ausserhalb der Vorträge gegebenen mikroskopischen Demonstrationen, auf welche wir hier nur theilweise einzugehen in der Lage sind.

Am letzten Congresstage vereinigten sich die Theilnehmer in der neuen, grossartig ausgestatteten dermatologischen Klinik, welche durch ihre zweckmässigen Einrichtungen für den Fachmann eine Sehenswürdigkeit für sich bildet; von 9 Uhr morgens bis 5 Uhr abends kamen dort noch einige Vorträge zur Erledigung, während eine grosse Anzahl derselben gänzlich zurückgestellt werden musste, um die Zeit zu gewinnen zur Vorstellung eines ungemein reichen und vielseitigen Krankenmaterials aus der Klinik Neisser's und der Hospitalabtheilung Jadassohn's. Ich kann dieser Krankendemonstration hier nur cursorische Erwähnung thun: Wir sahen 2 Fälle von Lepra, einen atypischen mit Hautatrophie einhergehenden Fall von Ichthyosis, Mykosis fungoides oder Hautsarkomatose, 2 Fälle von Sklerodermie, 2 Fälle von Pityriasis rubra pilaris Devergie, einen Pemphigus vulgaris chronicus mit Schleimhautläsionen, eine Leukoplakia oris bei einer Frau, welche weder luetisch ist noch raucht, ein Xeroderma pigmentosum, eine ganz atypische Form der Vitiligo mit eigenthümlich livider Verfärbung der centralen Theile der weissen Stellen (capillare Stase), zahlreiche Dubiosa mit der allerdings mannigfach bestrittenen Diagnose Lichen ruber, folliculäres Ekzem, sogenannte leproide Trophoneurose, Erythromelalgie u. a. m.

Zwischen diesen Demonstrationen sprachen:

Joseph-Berlin: Ueber eine ungewöhnliche Form von **Ichthyosis** und gelangt auf Grund der histologischen und klinischen Beobachtung eines einschlägigen Falles zu dem Schlusse, dass die in den letzten Jahren unter dem Namen der Akanthosis nigricans oder des Akrokeratoma hereditarium, auch als Dystrophie papillaire et pigmentaire beschriebenen Krankheitsbilder atypische Ichthyosisformen darstellen und dass auch die als Darier'sche Dermatose (Psorospermosis follicularis vegetans) bezeichnete Hauterkrankung eine grosse Aehnlichkeit mit der Ichthyosis zeige, wenn auch einige anatomische Unterschiede zuzugeben sind.

Arning-Hamburg demonstrirt Präparate von innern Organen lepröser Kranker, aus denen hervorzugehen scheint, dass ausser den bereits bekannten Formen der Eingeweide-Leprose noch eine Leprosis viscerum existirt, welche nur schwer von Tuberculose zu unterscheiden ist, und welche besonders die serösen Häute der Brust- und Bauchhöhle, den Dickdarm, Milz und Leber, sowie die Lunge befällt, hingegen die serösen Häute des Centralnervensystems frei lässt. Petersen bestätigt die Auffassung Arning's durch eigene Beobachtungen; Schäffer konnte im Gegensatze zu Armaner Hansen in typischen Lepraknoten Riesenzellen nachweisen. —

Mikulicz demonstrirt an Fällen eine neue **Transplantationsmethode zur Behandlung des Ulcus cruris** (eventuell auch anderer Hautdefecte).

Er schneidet von der Aussenseite des Oberschenkels einen etwa 3 cm breiten Hautstreifen von erheblicher Ausdehnung,

je nach Bedarf an Material, und vereinigt die gesetzte Wunde durch sorgfältige Naht. Die untere Fläche des ausgeschnittenen Hautstückes wird nun sorgfältig vom subcutanen Fett befreit und dann zur Deckung des Defectes in einzelnen nach Bedarf zugeschnittenen Stücken verwendet. Das Ulcus selbst muss vor der Transplantation durch geeignete Behandlung gereinigt sein, callöse Geschwürsränder werden excidirt und schlechte Granulationen eventuell mit dem scharfen Löffel entfernt. Der Erfolg der Transplantation wird nur bei absoluter Asepsis erreicht, die gebräuchlichsten Antiseptica wirken durchaus störend und sind zu vermeiden.

Ferner demonstrirt M. eine neue Methode **operativer Behandlung ausgedehnter Naevi vasculosi,** welche darin besteht, dass mit einem sehr scharfen (Mikrotom-)Messer der Papillarkörper der Haut mit ganz flach geführtem, der Hautoberfläche parallel gerichteten Schnitt abgetragen wird. Nach Blutstillung kommt es unter aseptischen Cautelen zu einer raschen Abheilung, vorausgesetzt dass die Schnittführung überall gleich oberflächlich geübt wurde. In der Schwierigkeit einer solchen durchweg gleichmässigen Schnittführung (deren Ausserachtlassung mit Bildung hypertrophischer Narben, die ihrerseits sehr entstellend wirken, enden kann) liegt wohl zur Zeit noch eine gewisse Unvollkommenheit der Methode. —

Saalfeld empfiehlt die zuerst von O. Liebreich als diagnostisches Hilfsmittel empfohlenen Untersuchungsmethoden des Hautorgans durch phaneroskopische Beleuchtung und Glasdruck. Bei der ersteren Methode wird durch eine Sammellinse ein Lichtkegel auf das zu untersuchende Hautgebiet geworfen und lassen sich durch die wechselnde Intensität der Durchleuchtung der Haut resp. durch die etwa vorhandenen Farbendifferenzen an verschiedenen Stellen etwa in Entstehung begriffene oder noch nicht gänzlich beseitigte stärker vascularisirte Krankheitsherde zur Kenntniss bringen, welche ohne diese Methode der Beobachtung entgangen wären. Ebenso können durch festes Andrücken einer Glasplatte auf die zu untersuchende Haut, sowie durch die Feststellung der Verhältnisse der Blutfüllung bei nachlassendem Druck gewisse pathologische Veränderungen der Haut erkannt werden. Auch eine Combination beider Methoden ist leicht durchzuführen. Besonders bei Lupus vulgaris ist der Glasdruck und die phaneroskopische Beleuchtung nach S. ein unentbehrliches Hilfsmittel für eine Reihe von Fällen (Anfangsstadium), sowie für die Ausdehnung der Affection, und die Beurtheilung der Heilungsvorgänge.

Rosenthal spricht über die **blasenbildenden Affectionen der Mundschleimhaut,** theilt einige einschlägige Fälle seiner Beobachtung mit und gibt der Meinung Ausdruck, dass der locale Pemphigus der Mundschleimhaut eine Morphe des Erythema exsudativum multiforme ist, und daher am besten als Erythema bullosum zu bezeichnen wäre. Auch die als Urticaria, Herpes etc. besprochenen Affectionen der Mundschleimhaut gehören grösstentheils dem Erythema bullosum an. Dieses bullöse Erythem der Mundschleimhaut vergesellschafte sich häufig mit einer gleichen Erkrankung der Genitalschleimhäute.

Touton demonstrirt neue durch Maceration in physiologischer Kochsalzlösung gewonnene Präparate von Molluscum contagiosum, welche geeignet sind, die bereits wiederholt ausgesprochene Ansicht von der parasitären Natur dieser Erkrankung (Coccidien) zu unterstützen.

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle ausführlicher auf das zahlreiche klinische und mikroskopische Demonstrationsmaterial, welches bei Gelgenheit des Congresses den Theilnehmern vorgeführt wurde, einzugehen. Der vorliegende kurze Bericht möge genügen, die Fachcollegen auf die in Bälde erscheinenden ausführlichen Publicationen der Gesellschaft hinzuweisen. Doch wollen wir nicht schliessen, ohne der Ueberzeugung Ausdruck zu geben, dass wohl jeder Theilnehmer ebenso von der wissenschaftlichen Arbeit dieser Tage befriedigt, als durch die liebenswürdige Aufnahme seitens der Breslauer Collegen und die hervorragende Organisation des Congresses entzückt die angenehmste Erinnerung an jene Stätte heimgetragen hat, an welcher die Dermatologie eine so hervorragende Pflege findet. Der nächste Congress findet im Jahre 1896 in Graz statt.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 23. Mai 1894.

(Vor der Tagesordnung): Herr **L. Pick** (Klinik von Leop. Landau) demonstrirt das Präparat einer geplatzten Eileiter-Schwangerschaft. Der Fall, der mit Erfolg operirt wurde, ist insofern bemerkenswerth, als er zeigt, wie aus einem kleinen nur zu Wallnussgrösse entwickelten Fruchtsacke mit einem winzigen Riss die tödtliche Verblutung eintreten kann. Denn es ist unzweifelhaft, dass die Frau ohne die lebensrettende Operation in wenigen Stunden einer inneren Hämorrhagie erlegen wäre.

Herr **Langerhans** (v. d. T.) demonstrirt die Präparate eines Falles von Rotz beim Menschen (39 jähriger Pferdeknecht, der sich an kranken Pferden angesteckt hatte). Die Section ergab Herderkrankungen in Form von Rotzknoten auf der Haut, im Unterhautfettgewebe, der Musculatur, dann im ganzen Respirationstractus sowohl in den Lungen wie in den Luftwegen, der Nasenschleimhaut, Nasenhöhle, ferner in der Milz, in den Hoden, im Periost. Eine mehr diffuse Erkrankung, nicht in Form von Knoten zeigte das Knochenmark. Ferner bestand ein eiteriger Erguss in das Kniegelenk.

Die bacteriologische Untersuchung hat die Diagnose vollkommen bestätigt. Impfungen von Reinculturen auf Kaninchen und Meerschweinchen erzeugten den typischen Rotz.

In der Discussion sprechen Herr Klemperer, der von dem klinischen Verlauf des Falles Mittheilungen macht, und Herr Max Wolff, der über die mikroskopischen und bacteriologischen Untersuchungen, die er ebenfalls an diesem Falle angestellt hat, einige Bemerkungen macht.

Herr **Scheinmann** (v. d. T.) demonstrirt ein Sarkom des Nasenrachenraumes bei einem 4jährigen Mädchen.

Herr **Holz** (v. d. T.) stellt einen Patienten vor mit Tumor an der Basis cranii.

Herr **von Noorden: Ueber den Stoffwechsel der Fettleibigen bei Entfettungscuren.** (Nach gemeinsam mit Dr. Dapper-Kissingen ausgeführten Untersuchungen.)[1])

Redner geht, andere Dinge bei Seite lassend, auf die Frage ein, inwieweit es gelingt, während der Entfettungscuren dem Körper die Aufrechterhaltung des Eiweissbestandes zu sichern. Er betont die theoretische und praktische Wichtigkeit des Problems.

Bei allen Entfettungscuren wird die Nahrung unter den jeweiligen Bedarf des Körpers herabgesetzt, entweder durch Steigerung der Ausgaben (Muskelarbeit), oder durch Verminderung der oxydationsfähigen Nahrung. Eines von beiden oder beides sind unabweisliche Desiderate für Entfettung. Alle anderen Maassnahmen (Wasserbeschränkung, Trinkcuren, Badecuren, Schwitzcuren etc.) sind nur schätzenswerthe Hilfskräfte; es sind steuernde, aber nicht treibende Kräfte.

Der gesunde, nicht fettleibige Mensch verliert bei ungenügender Nahrung Körperfett und Körpereiweiss. Um zu entscheiden, ob unter gleichen Verhältnissen der Fettleibige auch Körpereiweiss verliere, waren Stoffwechseluntersuchungen nothwendig. von Noorden und Dapper hatten schon früher gefunden, dass man die Entziehungscuren so einrichten kann, dass der Fettleibige starke Fettverluste erleidet, aber nichts von seinem Eiweissbestande verliert. Nach den Versuchen von F. Hirschfeld schien es aber, als ob dieses erstrebenswerthe Ziel in praxi selten erreicht werde; denn Hirschfeld verzeichnet bei seinen Entfettungscuren colossale Fleischverluste. In 7 Fällen kamen durchschnittlich 72 Proc. der Gewichtsverluste auf Fleisch, höchstens 28 Proc. auf Fett! Angesichts der Strittigkeit der Frage nahmen von Noorden und Dapper die Untersuchungen wieder auf und zwar unter Berücksichtigung aller für Stoffwechselversuche nothwendigen Cautelen. Hunderte von Analysen der Nahrung, des Urins und des Koths kamen zur Ausführung.

Es ergab sich:

1. Unter 8 Versuchsreihen an 6 fettleibigen Personen verschiedensten Lebensalters gelang es 6 mal bei mittleren und starken Ge-

[1]) Cf. Dapper, Zeitschr. f. klin. Med. XXIII. 113. 1893.

wichtsabnahmen (135 — 342 g pro die) die Verluste auf Fett und Wasser zu beschränken und jeden Fleischverlust zu meiden.

2. Ein durchgehendes Gesetz, nach welchem Fettleibige bei einem bestimmten Regime ihren Eiweissbestand am besten behaupten, existirt nicht. Das eine Mal gelang es besser durch diese, das andere Mal besser durch jene Kostordnung.

3. Die Behauptung des Eiweissbestandes gelang um so leichter, je mehr das individuell gewohnte Mischungsverhältniss der Nahrungsstoffe beibehalten wurde. Aus der Nichtberücksichtigung dieser Verhältnisse dürften sich wohl die unerfreulichen Resultate Hirschfeld's und vielleicht auch manche anderen schlechten Erfahrungen bei Entfettungscuren erklären.

4. Die Anfangs zur Behauptung des Eiweissbestandes geeignete Kost muss nach einiger Zeit geändert werden, wenn man nicht einer Periode erhöhten Eiweisszerfalles entgegentreiben will. Unter der sicheren Controle täglicher Bilanzaufstellung wurde auf kleinen Umwegen das Ziel, Schutz des Körpereiweisses, erreicht.

5. Unter Anwendung salinischer Abführmittel (Kissinger Rakoczy, Kissinger Bitterwasser, Harzburger Crodoquelle) werden die Gewichtsabnahmen beschleunigt, ohne dass der Eiweissbestand des Körpers geschädigt wird. Die Resultate sprechen also entschieden für den Gebrauch dieser Wässer.

Redner hofft gezeigt zu haben, dass die zur Vertiefung unserer theoretischen Einsicht so wichtigen Stoffwechseluntersuchungen auch in hervorragendem Maasse therapeutischen Zwecken dienstbar gemacht werden können. Wir müssen stets im Auge behalten, dass eine Entfettungscur, wenn sie mit Wochen und Monaten und nicht mit Jahr und Tag rechnen soll, schwere Eingriffe in den Stoffhaushalt mit sich bringt. Wir werden daher in allen Fällen, wo über die Widerstandsfähigkeit des Organismus diesen Eingriffen gegenüber sich Bedenken regen, uns zu erinnern haben, dass wir durch sorgfältige Verfolgung des Eiweissstoffwechsels — aber, wie dem Redner scheint, auch nur auf diesem Wege — in die günstige Lage kommen, gefährliche Klippen vermeiden und die Patienten vor dem Niedergang ihrer Muskelkräfte bewahren zu können.

An der Discussion betheiligt sich Herr Ewald.

Ludwig Friedländer.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 21. Mai 1894.

Herr **Cron** (vor der Tagesordnung) stellt eine Patientin mit einer auf eigenthümliche Weise zu Stande gekommenen Lähmung eines Theiles der rechten Schulter und Oberarmmusculatur vor. Es handelte sich dabei um eine sogenannte **Narkosenlähmung**, bedingt durch Hochlagerung des nach oben ausgestreckten Armes während der Dauer einer Laparotomie, wie sie bei dieser Operation wegen der dazu erforderlichen Lagerung schon öfters beobachtet wurde. Vortragender beschreibt den Mechanismus des Zustandekommens dieser Lähmung durch eine Compression der Armnerven zwischen Schlüsselbein und erster Rippe und bezeichnet als Verhütungsmittel eine entsprechend veränderte Armhaltung der Operirten.

Herr **Albert Fränkel** (vor der Tagesordnung) berichtet über seine im letzten Winter im städtischen Krankenhause Urban gemachten Beobachtungen der Influenzaepidemie (von November bis März) und über das in den beiden letzten Monaten bemerkbar gewordene auffällige Wiederauftreten der Influenza. Im Ganzen beträgt die Zahl der Fälle von Influenzapneumonie 14, die sehr schwer waren. 5 Fälle sind davon tödtlich verlaufen. Einmal bestand Ausgang in Gangrän. Die Dauer der Erkrankung ist von besonderem Interesse, insofern als die Influenza in vielen Fällen einen schleichenden chronischen Verlauf zeigte, und Patienten, welche schon geheilt entlassen waren, nach längerer Zeit von neuem das Krankenhaus aufsuchen mussten, wobei es sich aber nicht um Recidive handelte. In den meisten Fällen konnte Fränkel den von Pfeiffer entdeckten specifischen Bacillus nachweisen und in Reinculturen züchten.

In der Discussion spricht sich Leyden sehr skeptisch in dieser Frage aus und glaubt, sich nach seinen Erfahrungen zunächst hier noch ablehnend verhalten zu müssen.

Herr **Goldscheider: Die Chirurgie des Rückenmarks.**

In seinem sehr ausführlichen Referate spricht der Redner zunächst über die **Fracturen und Luxationen der Wirbel.**

Die erste Operation wurde von Klein im Jahre 1814 gemacht. Dieser Fall verlief unglücklich und gab Veranlassung zu einer sehr bewegten, Jahrzehnte lang dauernden Discussion zwischen namhaften Chirurgen, namentlich Charles Bell und Astley Cooper. Ersterer war ein scharfer Gegner, letzterer ein Freund der Operation. Da aber in der That die Erfolge schlechte waren, so kam das chirurgische Eingreifen bei diesen Operationen wieder in Vergessenheit. Später wurde von Brown-Séquard aus physiologischen Deductionen heraus diese Operation empfohlen. Er sagte, dass dislocirte Wirbel das Rückenmark drücken und die natürliche Ausheilung hindern. Desshalb müssten die Wirbel durch eine Operation **frühzeitig** wieder in die richtige Lage gebracht werden. Gurlt sprach sich dagegen aus. Leyden hat in seiner Klinik der Rückenmarkskrankheiten für gewisse Fälle die Operation empfohlen; aber erst seit 1888, also erst in der allerneuesten Zeit, hat die Operation wieder eine ausgedehnte Verwendung gefunden, und zwar nach dem Vorgehen eines Chirurgen in Glasgow. Dieser hat in einem Falle von Wirbel- und zwar Bogenfractur eine Operation gemacht und, wie es scheint, den Kranken, der eine Paraplegie hatte, hergestellt. Seit diesem Jahre ist die Zahl der operirten Fälle auf über 100 gewachsen. Im vorigen Jahre wurde eine Statistik von 84 Fällen von Paraplegien bei Wirbelfracturen (operirte Fälle) in Deutschland zusammengestellt. Ein Franzose veröffentlichte sogar eine Statistik von 167 Fällen. Hieraus geht hervor, dass die Erfolge der Operation quoad vitam wieder in neuester Zeit bedeutend bessere sind als früher, in Folge der Antisepsis und Asepsis. Während früher die Fälle meistens zu Grunde gingen, sind neuerdings viele mit dem Leben davongekommen, aber geheilt wurden nur wenige. Die französische Statistik berichtet von den 167 Fällen nur über 12 Heilungen. Die Wirbelfracturen begreifen selten den Bogen, meistens den Körper. Bei den Brüchen der Rückenwirbel sind es 7/8, bei den Halswirbeln die Hälfte der Fälle. Aber letztere kommen für die Operation weniger in Betracht, weil sie meist gleich tödtlich enden. Bei den Lendenwirbeln handelt es sich fast durchweg um Körperbrüche. Ein Engländer hat 21 Fälle von tödtlich verlaufener Verletzung des Rückenmarks durch Wirbelfractur untersucht, aber keine dauernde Verschiebung der Wirbel gefunden. Daraus geht hervor, dass für das chirurgische Eingreifen nicht viel zu thun übrig bleibt. Die Kraft des Stosses treibt den Wirbel in das Rückenmark, es entsteht eine Quetschung, aber keine dauernde Verengerung des Canals. Nur in der Minderzahl der Fälle kommt es zu einer dauernden Verengerung und damit zu dauernden Compressionen. Aus diesem Grunde ist ein Eingreifen für die Mehrzahl der Fälle gar nicht berechtigt. Autoren, welche den Wirbelcanal eröffnet haben, haben nun nach einem Knochenvorsprunge gesucht und nichts gefunden, was das Rückenmark drückte. Wenn ein Shok des Rückenmarks besteht, so macht er dieselben Lähmungserscheinungen, wie eine dauernde Zerreissung. Wir können also in frischen Fällen eine bestimmte Diagnose gar nicht stellen, so dass hier ein operatives Eingreifen entschieden nicht am Platze ist. In den meisten Fällen erholt sich das Rückenmark schnell und bleibt gelähmt, wenn die Quetschungen erhebliche waren. Der Chirurg Lauenstein sagt, wenn nach 8 Wochen die Lähmungserscheinungen nicht zurückgegangen sind, soll man operiren. Der Redner hat die Ansicht, dass unter sämmtlichen mitgetheilten Fällen nur 9 Fälle von Besserung resp. Heilung sind, über die sich discutiren lässt, dass bei diesen 9 es aber auch noch zweifelhaft sein muss, ob das Resultat der Operation zuzuschreiben ist. Die Regel von Lauenstein ist ganz willkürlich, denn der Verlauf ist sehr mannigfach, des Wechsels und der Ueberraschungen voll. Dagegen gibt es einige Fälle, wo ein günstiger Einfluss der Operation vorzuliegen scheint. Das sind die Fälle von Wirbelbogenfractur. Hier kann man durch operatives Eingreifen in der That die Compression aufheben. Ferner sind einige Fälle von Fractur der Lendenwirbel günstig verlaufen. Der Redner fasst seine Ansichten in Folgendem zusammen: Es ist bei Wirbelfractur mit Paraplegie operatives Eingreifen indicirt:

1) in frischen Fällen überhaupt nicht, ausgenommen einzelne Fälle, wie z. B. Péan einen operirt hat, wo einzelne Splitter in den Wirbelcanal eingedrungen waren und hier ausgezogen wurden. In diesen frischen Fällen haben wir uns vielmehr mit einer orthopädischen Behandlung, guter fester Lagerung, Suspension (in Amerika viel gebraucht) zu begnügen;

2) bleibt Lähmung aus und besteht zugleich eine Deformität, welche auf die Fractur des Bogens hindeutet, so kann die Operation versucht werden; über den Zeitpunkt aber lässt sich keine bestimmte Regel aufstellen; das ist individuell zu beurtheilen;

3) am aussichtsvollsten ist das chirurgische Eingreifen bei Fracturen der Lendenwirbel.

Ludwig Friedländer.

(Schluss folgt.)

Freie Vereinigung der Chirurgen in Berlin.

Sitzung vom 21. Mai 1894.

Zur Diphtheriebehandlung mit Heilserum.

Herr **Weibgen** (Krankenhaus Friedrichshain): Im Februar und März d. J. wurden 65 Kinder mit dem Ehrlich'schen Heilserum geimpft. Es ergab sich eine Gesammtheilung von 72 Proc., d. h. 12 Proc. mehr Heilungen als der Jahresdurchschnitt der letzten drei Jahre. Zu bemerken ist, dass diese Epidemie allerdings nur

einen leichten Charakter hat; daher hat W. die Ergebnisse einiger günstiger Monate der letzten Jahre ebenfalls tabellarisch zusammengestellt. Im Juli 1893 wurden 80 Patienten an Diphtherie behandelt mit 74 Proc. Heilungen und 56 Proc. Heilungen der Operirten. Im Februar und März 1892 sowie im Juli und August 1891 hat W. eine ähnliche Anzahl Diphtheriekranker behandelt. Bei diesen Epidemien mit ebenfalls leichtem Charakter betrugen die Gesammtresultate der Heilungen 61 Proc. und 65 Proc., die der Operirten 62 Proc. — Den 91 Proc. Heilungen der mit Serum behandelten Kinder, welche innerhalb der ersten 36 Stunden nach der Erkrankung eingeliefert wurden, stehen aus den vorangegangenen Jahren 89 Proc. und 92 Proc. gegenüber. Von den am 2. Tage der Erkrankung Eingelieferten ergaben die mit Heilserum behandelten Patienten 73 Proc., die ohne dasselbe behandelten 47 Proc. Heilungen. Die Durchschnittszahl der letzten 3 Jahre ergab von den am 1. Tage eingelieferten Kranken 70 Proc., von denen des 2. Tages 64 Proc., von denen des 3. Tages 51 Proc. Heilungen.

Herr **Körte** (Krankenhaus Urban) hat im Monat Januar bis März d. J. mit dem Diphtherieheilserum 60 Kinder behandelt. Die Epdemie war eine sehr schwere, mit einer grossen Zahl ungünstiger Fälle; namentlich die tracheotomirten Kinder lieferten einen hohen Procentsatz der Todesfälle, sowohl vor als nach der Injectionszeit. K. unterscheidet 3 Gruppen der Diphtherie: die schweren Fälle, in denen die allgemeinen Symptome das Bild beherrschen, mit Sepsis, Drüsenschwellung etc., die mittelschweren Fälle, in denen bei heftigen localen Erscheinungen die allgemeinen Symptome nicht so sehr in den Vordergrund treten und die leichten Fälle. K. konnte nun constatiren, dass von den schweren Fällen während der Zeit der Injection eine ganz erheblich grössere Zahl durchgekommen ist. Je früher und je mehr man injicirt, desto besser sind die Resultate. Auffallend ist besonders die Heilung von 5 schwer erkrankten Kindern unter 2 Jahren und sie beweist den sicheren Nutzen der Serumtherapie bei Diphtherie. Nach dem Verbrauch der zur Verfügung gestellten Menge Heilserum hat K. das Mittel schmerzlich vermisst, denn es sind seitdem wieder auffallend viel schwere Diphtheriefälle zu Grunde gegangen.

Herr **Canon** hat im städtischen Krankenhause Moabit im Juni vor. Jahres 15 an Diphtherie erkrankte Kinder mit dem schwächeren Heilserum behandelt: nur 3 sind gestorben. Von 8 tracheotomirten Kindern ging eins zu Grunde. In der Zeit vom 1. December vor. Js. bis zum 1. April d. Js. hat C. die stärkere Lösung bei 45 Kindern mit Diphtherie injicirt; von diesen starben 12, unter 15 tracheotomirten starben 5. Vom 1. Juli bis 1. December wurden ohne Heilserum 67 Kinder behandelt, von denen 21 starben, und zwar von 36 tracheotomirten 14. Der Vergleich der mit und ohne Heilserum erzielten Resultate ergibt keinen erheblichen Unterschied. Im Allgemeinen handelte es sich um eine recht leichte Epidemie, und es wird daher nothwendig sein, das Mittel auch bei schwerer Diphtherie zu prüfen. Die Sepsis wird nach C.'s Ansicht nicht erst im Krankenhaus erworben, sondern hat ihren Grund in der Epidemie selbst. Vielleicht wird es durch die Anwendung des Heilserums im Beginn der Erkrankung möglich sein, die septischen Erscheinungen zu verhüten. Wichtig ist noch zu constatiren, dass das Mittel nicht augenfällig schädlich wirkt. Eiweiss im Urin wurde nicht häufiger bemerkt als bei gewöhnlicher Therapie.

Herr **Rinne** (Elisabeth-Krankenhaus) hat in einigen 30 Fällen von Diphtherie günstige Erfolge des Heilserums beobachtet. Er hat trotz der grossen Skepsis, mit welcher er im Anfang an das Mittel herangegangen ist, doch im weiteren Verlauf entschieden den Eindruck gewonnen, dass das Heilserum die Resultate der Behandlung günstig beeinflusst und bei ganz frischen Fällen die Diphtherie zu coupiren im Stande ist. Mit Ausnahme eines zuweilen auftretenden eigenthümlichen Exanthems hat er niemals eine Schädlichkeit nach Anwendung des Serums beobachtet. Er hat auch einigemal Gelegenheit gehabt, das Mittel bei Kindern von Collegen anzuwenden. Es handelte sich um Erkrankungen innerhalb der ersten 24 Stunden. Injection erfolgte sofort nach Constatirung der diphtheritischen Erscheinungen und nach ihr vollzog sich prompt die Abstossung des Belags, der Abfall des Fiebers und der Eintritt der Gesundung. Bei den schweren Fällen septischer Natur haben die Injectionen manchmal geradezu belebend gewirkt, die Kinder haben sich erholt und sind geheilt worden. In solchen schweren Fällen müssen die Injectionen mehrmals wiederholt werden.

Herr **Langenbuch** kann sich auf Grund seiner Beobachtungen im Lazaruskrankenhause den günstigen Mittheilungen über die Erfolge des Diphtherieheilserums anschliessen. Nummerisch sind indessen in diesem Jahr nicht mehr Kinder geheilt worden als im Vorjahr, nämlich 71 Proc. Das Mittel ist jedenfalls einer weiteren Prüfung werth, denn es zeigte eine wohlthätige und schnell bessernde Wirkung auf den allgemeinen Zustand wie auf den Verlauf.

Herr **Ehrlich**: Aus der Discussion geht hervor, dass die Resultate proportional der angewendeten Menge des Heilserums waren. Der Organismus hat bei Diphtherie einen gewissen Giftüberschuss; deckt man ihn halb durch das Heilserum, so sind die Resultate nicht so günstig, wie wenn man ihn ganz deckt. Während die meisten Untersucher 130—160 Immunitätseinheiten gegeben haben, ist Körte auf mindestens 200 Immunitätseinheiten gestiegen. Die erstere Menge genügt aber nach E.'s jetzigen Erfahrungen nicht, um einen schweren Fall von Diphtherie mit Sicherheit zu beherrschen. Diese Beobachtung gab Veranlassung, forcirte Injectionen mit grossen Dosen vorzunehmen. Immerhin sind schon Injectionen von 130 Immunitätseinheiten im Stande, den Gesammtverlauf günstig zu beeinflussen. Von 220 diphtheriekranken Kindern befanden sich 70 am 1. bezw. 2. Krankheitstage; von diesen sind 93 geheilt. E. glaubt, dass man bei forcirter Injection im Stande ist, jeden frischen Fall von Diphtherie am ersten Tage zu heilen. Er gibt jetzt 400—600 Immunitätseinheiten und hat in Folge dessen entschieden noch bessere Resultate gesehen. Natürlich wird man damit die Diphtherie nicht aus der Welt schaffen, denn es gibt ganz bestimmte Kategorien von Fällen, in denen das Mittel versagt. Die erste Kategorie umfasst die Kinder, welche mit weit herabgehender Verstopfung der Bronchien in Behandlung kommen. Die Tracheotomie schafft in diesen Fällen keine Erleichterung, das Serum kann diese Membranen nicht lösen. Zur zweiten Kategorie gehören die Kinder, welche ausgesprochene septische Pneumonie zeigen. Trotz Tracheotomie sterben diese Patienten im Verlauf von 24—36 Stunden. Man findet hier Streptococcen, welche die Lungen inficirt haben und sich durch das Heilserum nicht beeinflussen lassen. Bei der dritten Kategorie ist bereits Organdegeneration vorhanden. Die experimentelle Forschung hat gelehrt, dass es nicht gelingt, solche Organveränderungen rückgängig zu machen. Sieht man von den Fällen dieser drei Kategorien ab, so kann man einen grossen Theil der Diphtheriefälle bei frühzeitiger Anwendung des Serums sicher heilen. Als Anfangsdosis bei acutem Verlauf injicirt E. jetzt 400—600 Immunitätseinheiten, als Gesammtdosis 1700, und er hofft, dass bei diesem Vorgehen die Resultate allgemein gute sein werden. (Deutsche Med.-Ztg. No. 43.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 22. Mai 1894.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Franke demonstrirt eine Frau, bei der er wegen beginnender Glaskörpereiterung nach der von Darier angegebenen Methode subconjunctivale Injectionen mit 0,2 ccm einer Sublimatlösung von 1 : 1000 angewendet hat. Das Verfahren wurde von Darier im J. 1890 auf dem Berliner Internationalen Congress angegeben, der mittheilte, dass Labadie dasselbe bereits seit 1886 anwende.

Die vorgestellte Frau hatte 1891 eine gonorrhoische Affection der Conjunctiva und Cornea am linken Auge. Dieselbe heilte mit einem Leukom. Durch obere Iridectomie bekam Pat. eine S von $^{1}/_{10}$. Im März d. Js. erkrankte Pat. plötzlich mit starken Reizerscheinungen des linken Auges, die Vortr. als beginnende Glaskörpereiterung deutete. Sie erhielt die angegebenen Sublimatinjectionen, im ganzen 5 mal, und es trat rapide Besserung und baldige Heilung ein.

In einem zweiten Falle septischer Panophthalmie, die Vortr. ebenso behandelte, hat das Mittel versagt.

2) Herr Prochownick demonstrirt a) eine Frau, bei der er vor zwei Monaten die Symphyseotomie ausgeführt hat.

Pat. hatte eine Conjunctiva vera von höchstens 7 cm und früher durch Perforation entbunden werden müssen. Da sie diesesmal ein lebendes Kind dringend wünschte, machte Pr. am 10. März, als die Geburt begonnen und die Blase gesprungen, den Schamfugenschnitt nach den Vorschriften Zweifel's. Nach Durchtrennung der Symphyse, wobei ziemlich beträchtliche Blutung auftrat, gelang die Extraction des Kindes nach der Wendung. (Ein Zangenversuch war misslungen.) Die Placenta folgte bald. Das Kind blieb am Leben. Naht der Symphyse mit Catgut, wobei wieder starke Blutung erfolgte. Das Puerperium war durch mehrwöchentliches Fieber gestört, das von einer Knocheneiterung mit Nekrosenbildung in der Symphyse ausging. Erst nach Eliminirung mehrerer kleiner Sequester erfolgte definitive Genesung. Jetzt ist die Symphyse knöchern verheilt; Pat. geht fest und gerade.

b) ein operativ entferntes Myxosarkom des linken Ovariums. Die Operation musste während der Gravidität vorgenommen werden. Ausgedehnte Verwachsungen nöthigten zur Entfernung beider Ovarien und des ganzen Uterus. In letzterem fanden sich Zwillinge beides Geschlechts. Pat. starb 10 Tage post op. an einer Magenblutung, die von einem ausgedehnten Ulcus rotund. ausgegangen war (Demonstration).

3) Herr Kümmell zeigt a) eine 42 Pfund schwere, durch Laparotomie entfernte Parovarialcyste. Pat. wurde geheilt. b) einen Uterus mit Corpuscarcinom, der nach der Schuchardt'schen Methode exstirpirt worden war (cf. S. 257 dieser Wochenschr. 1894). c) zwei Präparate von Tuberculose der Mamma.

4) Herr Voigt berichtet über einige auffallende Resultate der Vaccination in Hamburg. Er hat eine Zusammenstellung der Impferfolge vom Jahre 1891 gemacht (siehe die

Tabelle) und dabei gefunden, dass sowohl die Vaccinationsresultate, als auch die ungeimpft bleibenden Kinder bei den Privatärzten auffallend von den Zahlen bei der Impfanstalt und den Distriktsärzten abwichen.

Vaccination 1891	Impfanstalt	Districtsärzte	Privatärzte
1) Pflichtig . . **21424**			
2) Verzogen . 740			
Renitent . 190			
3) Zur Erledigung gestellt 20494	10429	3719	6346
4) Krank . . 3851 = 18,8 %	1125 = 10,8 %	427 = 11,48 %	2299 = **36** %
5) Geimpft . . 16643	9304	3292	4047
6) Ohne Erfolg von No. 5 . 474 = 2,8 %	9 = 0,09 %	67 = 2,03 %	398 = 9,83 %
7) Nach 2), 4) und 6) blieben also ohne Impfung . . 5255 = 24,5 %			
8) Nach 4) und 6) blieben ohne Impfung . . . 4325 = 20,6 %	1134 = 10,8 %	494 = 13,2 %	2697 = **42,1** %

Ein Theil des Misserfolges bei den Privatärzten mag vielleicht an der Plattenlymphe liegen, die sich eventuell nicht so lange wirksam hält. V. will desshalb in Zukunft wieder einen Versuch mit der Abgabe von Lymphe in Röhrchen machen.

(Schluss folgt.) Jaffé.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

M. Cremer: Ueber Hefe- und Leberzelle. (Vorgetragen am 22. Mai 1894.)

Das Hefeglykogen ist wahrscheinlich ein Anhydrid des Traubenzuckers. Beim Digeriren der Hefe mit Chloroformwasser (E. Salkowski) wird es in analoger Weise invertirt, wie das Leberglykogen beim Digeriren der Leber mit Chloroformwasser.

Die gährenden Zuckerarten sind vermuthlich alle ächte Hefeglykogenbildner. Sichergestellt ist dies durch E. Laurent namentlich für Lävulose. Diese Thatsache führt zu der Vorstellung: „es gibt überhaupt bezüglich der alkoholischen Gährung durch Hefe nur einen einzigen, wahrhaft gährungsfähigen Stoff.“ (Traubenzucker oder Derivat desselben?) Eine solche Annahme erklärt eine Reihe von Thatsachen der Gährungschemie, vor allem auch das von E. Fischer gefundene Gesetz der Dreizahl der Kohlenstoffatome der gährungsfähigen Zucker (vgl. Percy Frankland, Chem. Cent.-Bl. 1894 Bd. I S. 825).

Nicht also, weil die Lävulose dem Traubenzucker in der Gährungsfähigkeit nahe steht, ist sie ein guter Stärke- und Leberglykogen- und Hefeglykogenbildner, sondern vielmehr umgekehrt, weil sie das Letztere ist, gährt sie leicht.

Eventuell gilt völlig Analoges auch für d. Mannose und d. Galactose und mit Rücksicht auf gewisse Milchzucker vergährende Hefen auch für Milchzucker.

Das physiologische Verhalten der Hexosen fände dann in ihrer von E. Fischer ermittelten Configuration (und in ihrer Verbrennungswärme, soweit diese durch Stohmann bekannt ist) vollkommenen Ausdruck resp. Erklärung.

Aus dem ärztlichen Bezirksverein Nürnberg.

(Ausschliessung eines Mitgliedes betr.)

Nürnberg, 24. Mai 1894.

Das lebhafte Interesse, mit welchem im vergangenen Winter alle Collegen die Debatte in der bayerischen Kammer der Abgeordneten über die Fernhaltung unwürdiger Elemente aus den ärztlichen Standesvereinen verfolgten, möge es rechtfertigen, wenn wir in der in ganz Bayern sowohl, wie auch allenthalben in Deutschland, verbreiteten Münchener medicinischen Wochenschrift den Wortlaut einer Entschliessung der kgl. Regierung von Mittelfranken bekanntgeben, welche auf Grund einer Beschwerde des praktischen Arztes Dr. Häusler über seinen Ausschluss aus dem Bezirksverein Nürnberg und einer Verantwortung des Bezirksvereines Nürnberg darüber unter dem 11. Mai, an den Bezirksverein Nürnberg gelangte.

Das wichtige Actenstück lautet:

E.-Num. 9572. Ansbach, den 7. Mai 1894.

Kgl. Regierung von Mittelfranken, Kammer des Innern.

Ausschluss des praktischen Arztes Dr. Häusler in Nürnberg aus dem ärztlichen Bezirksvereine daselbst betr.

Der Stadtmagistrat Nürnberg wird beauftragt, dem praktischen Arzte Dr. Häusler in Nürnberg auf seine Beschwerde vom 8. Februar l. Jrs. Folgendes zu eröffnen:

Die ausserordentliche Generalversammlung des ärztlichen Bezirksvereines Nürnberg vom 17. Januar ds. Jrs. hat, auf Antrag des Gesammtvorstandes und des Ehrengerichts, die Ausschliessung des Dr. Häusler aus dem Vereine ausgesprochen, weil derselbe in der Impfzwanggegner-Versammlung vom 14. December v. Jrs. in Fürth beleidigende Ausdrücke gegen den ärztlichen Stand gebraucht und hiedurch sich dieses Standes unwürdig benommen habe.

Die beleidigenden Ausdrücke sollen darin bestanden haben, dass die Aerzte selbst genau wüssten, was für ein schädlicher Schwindel das Impfen sei, dass sie aber aus pecuniärem Interesse lustig weiter impften.

Der Beschwerdeführer hat im Laufe der Verhandlungen bestritten, in der fraglichen Versammlung den ärztlichen Stand als solchen beleidigt zu haben; er behauptete, nur bestimmte Aerzte gemeint und von diesen gesagt zu haben, „die Aerzte kennen genau die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit der Impfung, aber dennoch wird lustig weiter geimpft.“

Jeder Zuhörer müsse, infolge der Betonung des Wortes „die“ in dieser Weise die Sache aufgefasst haben. — Auch die Beschwerde vertritt den gleichen Standpunkt. —

Bei der Würdigung der Beschwerde erscheint zunächst die Befugniss des ärztlichen Bezirksvereines, nach Maassgabe der von ihm aufzustellenden Satzungen Mitglieder, welche sich ihres Standes unwürdig benehmen, aus dem Vereine auszuschliessen, zweifellos gegeben; sie ist auch in einer höchsten Ministerial-Entschliessung vom 6. September 1874 ausdrücklich anerkannt. Es kann sich also nur darum handeln, ob die von dem ärztlichen Bezirksvereine behaupteten, von Dr. Häusler bestrittenen Aeusserungen wirklich gemacht worden sind, und ob dieselben, bejahenden Falls, die Anwendung des einschlägigen § 8 der Vereinsstatuten rechtfertigen.

Je nach dem Ausfalle dieser Untersuchung wird es sich dann zeigen, ob der ärztliche Bezirksverein Nürnberg mit der Ausschliessung des praktischen Arztes Dr. Häusler innerhalb der Grenzen seiner Befugnisse gehandelt oder die ihm nach der Allerhöchsten Verordnung vom 10. August 1871, die Bildung der Aerztekammern u. s. w. betr., zugewiesenen öffentlichen Pflichten verletzt hat.

Durch die vorgenommenen Erhebungen ist nunmehr als festgestellt zu erachten, dass Dr. Häusler in der am 14. December v. Js. zu Fürth abgehaltenen öffentlichen, von etwa 150 Personen besuchten Versammlung die Worte gebrauchte: „Die Aerzte besorgen das Impfen des Geldes wegen; sie verdienen damit 30 Millionen Mark und indirect noch mehr, da sie bei den daraus entstehenden Krankheiten doch auch wieder zu Rathe gezogen werden.“ Ob, wie der vernommene Polizeibeamte dahingestellt liess, diese Worte etwa in einem abweichenden Gefüge gebraucht wurden, ist belanglos; entscheidend ist, dass sie in einer Weise gebraucht wurden, welche keinen Zweifel über den Sinn lässt. Dieser ist aber wesentlich der gleiche wie jener der Wortfassung, welche dem Beschlusse des ärztlichen Bezirksvereins zu Grunde liegt.

Ob ferner jene von Dr. Häusler selbst zugegebenen weiteren Worte fielen, dass die Aerzte ganz genau die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit der Impfung kennen, und ob diese Worte mit jenen amtlich bestätigten zusammengebraucht wurden, mag dahingestellt bleiben.

Dass aber diese letzteren eine Beschränkung auf gewisse Aerztekreise enthielten, konnte nicht nur nicht ermittelt werden, sondern erscheint durch den Zusatz „sie verdienen damit 30 Millionen Mark und indirect noch mehr“ geradezu ausgeschlossen.

Dieser Zusatz lässt keinen Zweifel, dass nicht einzelne Aerzte, oder auch bestimmte Gruppen derselben, sondern unterschiedslos alle Aerzte, der ärztliche Stand, gemeint werden wollten.

Ihnen wird der Vorwurf gemacht, sie speculirten bei der Impfung auf den Geldgewinn, und nicht nur auf den directen durch die Impfgebühren, sondern auch auf den indirecten, welcher durch Behandlung der durch die Impfung erzeugten Krankheiten entstehe. Hierin liegt unstreitig eine schwere Herabwürdigung des ärztlichen Standes. Ein Arzt, der, wie Dr. Häusler behauptet, nicht nur an die Schutzkraft des von ihm verordneten und wissenschaftlich vertheidigten Mittels nicht glaubte und dasselbe nur des Geldgewinnes wegen an-

wendete, sondern noch ausserdem auch nur an die Möglichkeit dächte, durch das Mittel Krankheiten zu erzeugen und darauf speculirte, durch die Behandlung derselben weiteres Geld zu verdienen, würde verächtlich handeln.

Wenn aber einem ganzen Stande von einem Mitgliede derartige Beleidigungen — noch dazu in öffentlicher Versammlung — zugefügt werden, dann darf sich dies Mitglied nicht wundern, wenn die Vertreter des Standes ihm standesunwürdiges Benehmen vorwerfen und es in ihren Standesvereinigungen nicht länger dulden.

Der Ausschluss des praktischen Arztes Dr. Häusler aus dem ärztlichen Bezirksvereine Nürnberg kann daher nicht für ungerechtfertigt erachtet werden.

Die dagegen eingelegte Beschwerde des Dr. Häusler wird vielmehr verworfen.

Derselbe hat für diese Entschliessung eine Staatsgebühr von 3 Mark zu entrichten.

(Art. 165, 166, 191 des revidirten Gebührengesetzes.)

Die beiden magistratischen Acten folgen zurück.

Der königl. Regierungspräsident:
gez. v. Zenetti.

gez. Blümlein.

Diese Entscheidung hat den ärztlichen Bezirksverein Nürnberg mit hoher Befriedigung erfüllt. Wenn auch nach dem Wortlaut des Gesetzes keinem in Bayern prakticirenden approbirten Arzt die Aufnahme in den Standesverein versagt werden kann, so lange er die bürgerlichen Ehrenrechte besitzt, so kann man doch zum warnenden Beispiel Aerzte, die ein standesunwürdiges Benehmen an den Tag legen, jederzeit aus dem ärztlichen Bezirksverein wieder entfernen, wenn, wie bei dem ärztlichen Bezirksverein Nürnberg, in den anerkannten Statuten mit Standesordnung ein darauf bezüglicher Ausschliessungsparagraph enthalten ist. Es beweist übrigens unsere Mittheilung, dass der von den Aerztekammern ausgesprochene Wunsch nach einer Revision der Verordnungen über die Bildung der ärztlichen Bezirksvereine gewiss ein gerechtfertigter ist.

XI. internationaler medicinischer Congress

zu Rom vom 29. März bis 5. April 1894.

(Originalbericht.)

IX.

Section für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

(Referent: Dr. Lacher-München.)

Den Vorsitz führen zu verschiedenen Zeiten Bizzozero-Turin, Cornil-Paris, Virchow-Berlin, Chiari-Prag, und Salomonsen-Kopenhagen.

Bonome-Padua eröffnet die Reihe der Vorträge: **Ueber Rotzkrankheit und das Mallein.**

Die Producte des Rotzbacillus sind in ihren biologischen Wirkungen verschieden. Kaninchen, mit Rotz selbst in abgeschwächter Form inficirt, reagiren sehr stark auf das Mallein, ebenso Meerschweinchen. Bei Pferden reagirten von 32 Rotzverdächtigen nur 24, 17 davon erwiesen sich als inficirt. Ganz geringe Dosen von Mallein einem mit Mallus behafteten Manne injicirt riefen typische Reactionssymptome hervor mit bedeutender Besserung der Symptome und Vernarbung der Knoten. Bei Pferden erreichte B. sehr gute Resultate mit einem aus dem Blute und den Organen von Katzen gewonnenen Mallein.

Virchow erwähnt die in Deutschland übliche und bewährte Anwendung eines trockenen Malleïnpräparates zur Diagnose des Rotz.

Guarnieri-Pisa spricht über die **Aetiologie der Kuhpocken und der Blattern.**

Nach seinen Untersuchungen glaubt er, dass die Krankheitserzeuger in beiden Fällen wahrscheinlich Protozoen von der Classe der Rhizopoden sind. Er fand in dem Epithel der Impf- und Blatternpusteln einen Parasiten, einen kleinen rundlichen mit Hämatoxylin leicht färbbaren Körper, der in einer klaren Vacuole im Protoplasma der Epithelzellen lag. Das Vorkommen desselben war ein constantes in beiden Krankheiten; bei frischer Entnahme aus der Pustel und Untersuchung in der Lymphe selbst bei Körpertemperatur konnte er amöboide Bewegungen desselben beobachten, seine Vermehrung erfolgt durch einfache Zelltheilung.

Prof. Monti bestätigt die Beobachtungen Guarnieri's.

Armand Ruffer-London fand ebenfalls sowohl in Vaccinepusteln bei der Kuh und beim Menschen, wie bei schwerer Variola dieselben Zelleinlagerungen. Er beobachtete des weiteren, dass das Epithel in der Umgebung dieser Structuren in das benachbarte Gewebe eindrang und so Bilder lieferte, welche dem Anfangsstadium des Carcinoms sehr ähnlich sahen. Er hält diese Körper für Parasiten, ist aber bezüglich ihrer weiteren Natur im Unklaren.

Salomonsen-Kopenhagen sprach über den **Einfluss des Lichtes bei der Behandlung der Variola.**

Hinweisend auf die bereits 1830 von Picton gemachten Erfahrungen und die Versuche von Charcot, Unna etc. erwähnt er unter Anführung von Beispielen, dass bei der Behandlung der Variola in einem nur mit rothem Lichte erleuchteten Zimmer die Vereiterung der Pusteln nicht erfolgt, das Fieber ausbleibt und keine Narbenbildung eintritt. In einem so behandelten Falle, der vor völliger Abheilung dem Tageslicht wieder ausgesetzt wurde, trat nachträglich noch Vereiterung der noch nicht völlig getrockneten Pusteln ein.

Babes-Bukarest beschreibt eine in Rumänien häufige Form von **Enterohepatitis suppurativa.**

Dieselbe ist von der Dysenterie verschieden und beginnt mit Bildung kleiner Pusteln im unteren Theil des aufsteigenden Colon. Diese platzen dann und bilden Geschwüre, gleichzeitig entwickelt sich Oedem der umgebenden Gewebe, das sich bis zur Bildung retroperitonealer Abscesse und Gangrän des Darmes steigern kann. Stets erfolgt Mitbetheiligung der Leber (Abscess oder Nekrose). In den Gedärmen finden sich zahlreiche Amöben, dieselben fehlen aber in den Leberabscessen und verschwinden nach dem Tode.

Kauffmann-Caïro fand stets Amöben bei Dysenterien, besonders mit blutigen Stühlen. Er hält die Amöben für die Ursache der dysenterischen Diarrhöen.

Cornil und Virchow bestreiten das constante Vorkommen derselben bei Dysenterie und halten sie auch nicht für die specifischen Krankheitserreger.

Eine sehr interessante und lebhafte Discussion entspann sich über die Frage:

Parasitismus beim Carcinom,

eingeleitet durch ein Referat des Professor **Pio Foà**-Turin.

Nach einigen historischen Bemerkungen weist er auf die Beobachtung hin, wonach die Frequenz des Carcinoms in verschiedenen Gegenden eine verschiedene ist, dass in einigen eine Mortalität bis zu 15 Proc., in anderen nur 7 Proc. der Gesammtbevölkerung dem Carcinom zur Last fallen. Die verschiedenen Impf- und Transplantationsversuche, die Autoinoculation u. s. w. werden besprochen, und kommt Redner dann auf die Thatsachen, welche auf die Existenz eines Parasiten, wahrscheinlich eines Protozoen im Carcinom hinweisen. Während er die von Darier, Wickham, Korotneff u. A. als Parasiten beschriebenen Gebilde für invaginirte Zellen oder Degenerationsproducte hält, scheinen die von Ruffer, Walcker, Plimmer, Sudakewitch und ihm beschriebenen Structuren alle Charakteristica von Parasiten aufzuweisen. Sie geben alle die gleiche Reaction, und bestehen aus einem durch basische Anilinfarben nicht verfärbbaren Centralkörperchen oder Kern, welcher in einer mit klarem Protoplasma gefüllten ziemlich ausgedehnten Zellkapsel liegt. Die grösseren und mehr cystischen Formen dieser Zellen finden sich im Centrum der Krebsgeschwulst, die kleineren mehr in der Peripherie. Die Frage der Vermehrung oder Zelltheilung dieser Gebilde scheint noch nicht ganz aufgeklärt.

Secundirt wurde **Foà** von **Schrön**-Neapel und **A. Ruffer**-London.

Ersterer bestätigt den parasitären Charakter der oben beschriebenen Gebilde und ist der Ansicht, dass man ausserdem noch die Entwicklung dieser unzweifelhaften Coccidien in die Gregarinenform verfolgen könne.

Cornil-Paris behauptet, dass der Nucleus der Krebszellen aus zwei Substanzen mit verschiedenen chemischen Affinitäten bestehe, dem Nucleïn, welches sich mit den gewöhnlichen Kernfärbemitteln stark färbe, und dem Paranucleïn, welches sich dem Protoplasma ähnlich verhalte. Er beschreibt, wie in gewissen Zellkernen der Hypertrophirung des Nucleus eine Vermehrung der normalerweise im Kerne vorhandenen Paranucleïnkörperchen vorausgeht oder mit

derselben gleichzeitig auftritt. Theile des hypertrophischen Kernes spalten sich dann ab und bilden die oben beschriebenen Structuren.

Cornil ist übrigens kein absoluter Gegner der parasitären Theorie, sondern glaubt nur die Frage noch nicht bis zur Lösung gediehen.

Ruffer dagegen behauptet, dass die von **Cornil** beobachteten und als Modificationen der Zellkerne und carcinomatösen Zellen aufgefassten Formen vollständig verschieden sind von der von ihm beschriebenen Parasitenform. Er hat die besten Resultate erhalten bei der Bearbeitung von frischen Präparaten, welche im Krebssaft selbst zur Untersuchung gelangten. Auf diese Weise hat er bei täglicher Beobachtung der Parasiten ihre Bewegungen, sowie ihren allmählichen Zerfall studiren können.

Die experimentelle Seite der Frage wurde von **Trasbot**-Alfort, **Duplay** und **Cazin**-Paris beleuchtet. Die von ihnen an Thieren gemachten Versuche ergaben, dass eine Impfung nur in den seltensten Fällen gelinge.

Hanau-Zürich glaubt die wenigen positiven Resultate mehr auf Transplantation als auf Impfung zurückführen zu müssen.

Cazin fand, dass Impfungen bei einem bereits carcinomatös-inficirten Individuum leichter gelingen als bei einem gesunden.

Hansemann-Berlin sprach über die **anatomischen Pankreasbefunde beim Diabetes.**

In 50 Proc. aller Diabetesfälle finden sich gleichzeitig Erkrankungen des Pankreas. Die meist vorkommende Form ist einfache Atrophie, ausserdem findet sich Sklerose in Folge Wucherung des fibrösen Gewebes, Atrophie im Gefolge von Verschluss des Ductus durch Tumoren etc. Das Auftreten der Glykosurie bedarf einiger Zeit zur Entwicklung, desshalb wird sie auch bei der ziemlich rasch verlaufenden Pankreasnekrose nur selten beobachtet.

Ueber Pankreasnekrose und ihre Beziehung zur Fettnekrose sprach dann **J. Lindsay Steven**-Glasgow.

Er kommt zu folgenden Schlüssen: Fettnekrose und Pankreasnekrose sind 2 verschiedene von einander unabhängige Erkrankungen, d. h. es kann die eine ohne die andere bestehen. Ist die Fettnekrose sehr ausgedehnt, so kann sie zu localer oder completer Pankreasnekrose führen. Er führt 2 illustrirende Fälle an.

Roger-Paris theilt sehr interessante Beobachtungen über **das Verhalten der Leber bei Infectionskrankheiten** mit.

Die meisten infectiösen Krankheiten bewirken anatomische Läsionen und Functionsstörungen in der Leber. Diese Veränderungen sind verschieden nicht nur in den verschiedenen Krankheiten, sondern auch bei derselben Krankheit in verschiedenen Individuen. Bei Tuberculose z. B. beobachtete er hyaline Degeneration der Leberzellen beim Huhn, amyloide beim Fasan. Tuberculose und Sklerose der Leber beim Meerschweinchen u. s. w. Die Leber hat die Fähigkeit, grosse Mengen giftiger Stoffe, besonders mikrobischer Natur, die ihr durch die Portalvene zugeführt werden, aufzuhalten und umzuformen, eine Fähigkeit, welche mit der Anwesenheit des Glykogen zusammenhängt. R. studirte besonders die Frage, wie sich das Glykogen im Verlauf der infectiösen Krankheit verhält. Bei Anthrax beim Kaninchen fand er, dass die in den Zellen enthaltene Quantität des Glykogens und das Verhältniss des Zuckers im Blute in den ersten Stadien trotz der hohen Temperatursteigerung normal blieb. Später dagegen mit Eintritt der schweren Symptome und dem Sinken der Körpertemperatur schwindet das Glykogen allmählich aus der Leber und der Zuckergehalt des Blutes steigt. Umgekehrt vermindert sich oder verschwindet der Zuckergehalt im Blute bei den durch Streptococcen erzeugten Krankheiten.

Hanot und **Boix**-Paris sprachen über **Leberkrankheiten.**

Ersterer erklärt die hypertrophische Lebercirrhose mit chronischem Ikterus für eine Cirrhose auf infectiöser Basis, da sich bei ihr dieselben histiologischen Veränderungen in der Leber finden wie bei infectiöser Hepatitis, Erweiterung der Blutgefässe mit karyokinetischen Processen in der Gefässwand, Ausdehnung und Neubildung von Gallengängen, auch Zellproliferation und desquamative Vorgänge, Infiltration mit Leukocyten und Veränderungen innerhalb der Leberzellen selbst.

Er beschreibt ferner eine Form von nicht alkoholischer Lebercirrhose durch Autointoxication gastro-intestinalen Ursprungs, als Varietät der von **Bouchard** bei der Gastrektasie beschriebenen Form. Grosser, harter, glatter Lebertumor ohne gleichzeitige Milzanschwellung, ikterische Verfärbung der Haut, Urin urobilin- und manchmal auch eiweisshaltig. Prognose günstig. Recidive häufig.

Calmette berichtet über seine Untersuchungen über das **Blutserum bei immunisirten Thieren,** speciell die erfolgreiche Anwendung von subcutanen Injectionen mit immunisirtem Serum und Calc. chlor. gegen Schlangenbiss.

Hanau-Zürich endlich spricht über die **Veränderungen in den Knochen während der Gravidität** und die **Wichtigkeit des puerperalen Osteophytons,** die bei Schwangeren häufig gefundenen nicht calcificirten Knochenablagerungen unter dem Periost, an den Wänden der Markcanäle und der Havers'-schen Canälchen, welche besonders im Becken und am Cranium auftreten und nie Osteoblasten enthalten.

Verschiedenes.

(Ein menschlicher Vogel Strauss.) Unter diesem Titel beschreibt Fred. Eve im Brit. med. Journal, 5. Mai, einen Fall, der im London Hospital am 24. April d. Js. wegen Erscheinungen des Darmverschlusses zur Operation und kurz darauf zur Section kam und in dessen Darm folgende Fremdkörper gefunden wurden: 40 Flaschenkorke, 30 Stücke Blech, 9 Pennystücke, 10 Stücke von Thonpfeifen, 1 eiserner Ring, 1 Bleikugel, 1 Kautschukring, 3 Lederstücke, Bindfaden, Watte, Zeitungspapier, 1 Stück Leder 9 Zoll lang, mit einem starken Haken an jedem Ende; 1 Stück Bindfaden mit angebundenen Kork- und Blechstücken, ferner verschiedene kleinere Gegenstände. Der Mann erzählte, dass er gewerbsmässig derartige Dinge verschluckt habe; dieselben seien auch massenhaft per vias naturales wieder abgegangen, so dass er glaubte, nichts mehr davon zu beherbergen.

(Bädernachrichten.) Die Quellen des Bades Höhenstadt in Niederbayern nehmen, wie Herr Dr. Hauber in Arnsdorf uns schreibt, bezüglich ihres Schwefelgehaltes die vorzüglichste Rangstelle ein. Die 3 Quellen liefern per Stunde 17000 Liter eines an Schwefel und Kohlensäure reichen Wassers. Ein über 6 Tagwerk grosser Park wird mit dem abfliessenden Wasser überrieselt und liefert den Moor zu den Schwefel-Moorbädern. Das grossartige Kurhaus wurde von König Ludwig I. angelegt. Die Indicationen für Höhenstadt bilden chronische Muskel- und Gelenkaffectionen, chronische Hautausschläge und Nervenübel. Wenn trotz seiner auffälligen Heilerfolge der Besuch des Bades in den letzten Jahren zu wünschen übrig liess, so lag dies an der ungeeigneten Bewirthschaftung. Hierin ist nunmehr eine erfreuliche Aenderung eingetreten, nachdem das Bad durch Kauf in andere Hände übergegangen ist und seither durch bauliche und hygienische Reformen sowie durch Vermehrung der therapeutischen Zwecken dienenden Einrichtungen auf jene Höhe gebracht wurde, welche den Aerzten die Uebergabe geeigneter Patienten dorthin zur Cur und Nachcur mit gutem Gewissen ermöglicht.

Therapeutische Notizen.

(Sozojodol) wird neuerdings von **Teichmann**-Berlin bei Krankheiten des Ohres und der oberen Luftwege wieder empfohlen. Bei Ohrenleiden hat er ausschliesslich von dem Kaliumsalz Gebrauch gemacht, und zwar bei diffuser Entzündung des äusseren Gehörganges, bei chronischen Fällen von Mittelohreiterung mit ausgedehnteren Trommelfelldefecten und bei Polypenbildung in der Paukenhöhle. Von den Nasenleiden wird zunächst das Ekzem des Naseneinganges durch das Hydrargyrum sozojodolicum in 1—2 proc. Lanolinsalbe sehr günstig beeinflusst. Bei der chronischen Rhinitis sind Einblasungen des Kalium sozojodolicum von gutem Erfolg, das Zinksalz leistet gute Dienste bei der Rhinitis fibrinosa.

Bei syphilitischen Affectionen erwies sich das Hydrargyrum sozojodolicum als sehr wirksam, aber selbst in 10 proc. Mischungen noch stark ätzend.

Am meisten hat sich nach T. das Kaliumsalz bei der Nachbehandlung von Operationen in Nase und Rachen bewährt. (Ther. Monatsh. 4, 1894.) Kr.

(Ueber die Verwerthbarkeit der Jodsäure) hat **Ruhemann**-Berlin ausgedehnte Erfahrungen gesammelt. Das jodsaure Natrium kann in reiner Form bei Ulcerationen, Nasenkatarrhen und Laryngitiden erfolgreich angewendet werden. Für die Behandlung des Ohres sind Verdünnungen mit Borsäure im Verhältniss von 1 : 5, bei der Wundbehandlung im Verhältniss von 1 : 10 angezeigt. Innerlich empfiehlt sich die Anwendung des jodsauren Natriums bei scrophulösen Affectionen, Drüsenschwellungen, Bronchialasthma. Am Zweckmässigsten erscheint die Pillenform (dreimal täglich 0,15). Subcutane Injectionen (pro dosi 0,05—0,2 g) bewähren sich zur Zertheilung von Drüsenschwellungen, narbigen Strängen, bei rheumatischen Schmerzen und Schwellungen, bei acuten und chronischen Neuralgien, Neuritis, Spätsyphiliden und Nervensyphilis. Bei einer Cur kann man bis zu 15 g injiciren.

Die Jodsäure ist von hoher Bedeutung (5 proc. Lösung) zur Blutstillung. Als Aetzmittel (Aetzstift) empfiehlt sie sich bei Ulcerationen des Penis, der Schleimhäute, bei Ulcus cruris, chronischer Pharyngitis. In der Nase, dem Kehlkopf und der Gebärmutter verwende man sie in der Form von 10 proc. Lösungen oder Salben. 5—10 proc. Salben bewähren sich zur Beseitigung rheumatischer Muskel- und Gelenkaffectionen, zur Resorption entzündlicher Exsudate.

Die subcutane Injection der Jodsäure schmerzt auch bei Cocaïnzusatz recht beträchtlich. Der innerliche Gebrauch ist angezeigt bei Magenblutungen und bei starkem Erbrechen. (Ther. Monatshefte 4, 1894.) Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 29. Mai. Auf Ersuchen des Executiv-Comités des VIII. Internationalen Congresses für Hygiene und Demographie in Budapest hat sich am 26. ds. in Berlin ein deutsches Comité constituirt, welches die Agitation für eine lebhafte Betheiligung an dem Congresse fördern, namentlich aber eine würdige Vertretung der Hygiene in allen ihren Verzweigungen auf der mit dem Congresse verbundenen Ausstellung anbahnen soll. Für Bayern wurden in das Comité gewählt: Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner als Ehrenpräsident des geschäftsführenden Ausschusses, ferner als Mitglieder Generalstabsarzt Dr. v. Lotzbeck, Oberstabsarzt Prof. Dr. Buchner, Prof. Dr. Emmerich, Dr. B. Spatz, sämmtliche in München. Vorsitzender des geschäftsführenden Ausschusses ist Geheimrath Spinola, I. Geschäftsführer Dr. Th. Weyl in Berlin.

— Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin behandelte in ihrer Sitzung vom 26. ds. als ersten Punkt der Tagesordnung die Frage der Beschaffung ärztlicher Obergutachten in Angelegenheiten der Berufsgenossenschaften. Die Referenten DDr. Leppmann und Litthauer hatten als 1. These folgende aufgestellt: „Die Mitwirkung der Aerztekammern zur Beschaffung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten ist erwünscht". Diese These wurde auf Antrag Dr. Göpel's-Frankfurt a. O. dahin abgeändert, dass man zwar die Mitwirkung der Aerztekammern zur Beschaffung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten für „zulässig" erklärt, zugleich aber den Willen kundgibt, diese Mitwirkung nur auf Antrag des Reichsversicherungsamtes oder eines Schiedsgerichtes auszuüben, den Berufsgenossenschaften jedoch so lange zu versagen, bis eine Verständigung zwischen dem Aerztevereinsbund und den Genossenschaften, die die vom Leipziger Aerztetag aufgestellten, vom Breslauer Aerztetag wiederholten ärztlichen Forderungen bisher schroff abgelehnt haben, herbeigeführt ist. Die übrigen fünf Leitsätze der Referenten fanden die Zustimmung der Versammlung.

— Vom 14.—16. d. M. tagte zu Strassburg i. E. unter dem Vorsitz des Prof. C. Toldt der VIII. Congress der anatomischen Gesellschaft. Die Betheiligung aus Deutschland und anderen Ländern war eine sehr grosse; mit Einschluss der Gäste waren 90 Theilnehmer anwesend. Vorträge hielten u. A. v. Kölliker-Würzburg, His-Leipzig, Rabl-Prag, O. Schultze-Würzburg, Ziegler-Freiburg, v. Bardeleben-Jena, Rüdinger-München, Merkel-Göttingen. Die Nomenclatur-Commission hat das Kapitel Nervensystem erledigt und ausserdem eine Reihe von principiellen Fragen berathen. Es ist begründete Aussicht vorhanden, dass es dieser Commission möglich sein wird, ihre umfangreiche Arbeit binnen Jahresfrist zu Ende zu führen und dem nächstjährigen Congress ein die ganze anatomische Nomenclatur umfassendes Elaborat zur endgiltigen Annahme vorzulegen. In den Vorstand wurden für die nächsten vier Jahre gewählt: Waldeyer, v. Kupffer, Merkel und Schwalbe. Geheimrath v. Kölliker wurde mit Acclamation zum bleibenden Ehrenpräsidenten der anatomischen Gesellschaft erklärt. Als Geschäftsführer wird nach wie vor C. v. Bardeleben fungiren. Der nächste Anatomen-Congress wird zu Ostern (17.—19. April) 1895 in Basel stattfinden. (Wr. kl. W.)

— Die XIX. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte wird am 2. und 3. Juni in Baden-Baden abgehalten.

— Der französische Cultusetat für das Jahr 1895 enthält an Neuforderungen die Summe von 75000 Francs für die Organisation des zahnärztlichen Unterrichts an einigen medicinischen Facultäten; ferner Summen für die Errichtung eines Lehrstuhls der Histologie in Montpellier und eines Lehrstuhls der Kinderheilkunde in Lyon.

— Choleranachrichten. Seit unserer letzten Mittheilung über das Vorkommen der Cholera auf dem europäischen Continente in No. 20 vom 15. Mai d. Js. sind noch weitere Nachrichten über das Auftreten der Cholera eingelaufen. In Russland, das bereits Anfangs Mai einzelne Choleraherde in Warschau, Gouv. Radom, Plock, Kowno hatte, sind Zunahmen der Cholerafälle constatirt worden. In Warschau erkrankten bezw. starben vom 28. April bis 13. Mai 14 (9), im Gouv. Radom vom 28. April bis 7. Mai 126 (60), im Gouv. Plock vom 25. April bis 10. Mai 62 (29), im Gouv. Kowno vom 29. April bis 5. Mai 10 (5). In der 10 km von der preuss. Grenze entfernten Stadt Wlozlawsk kamen vom 26. April bis 4. Mai 8 Erkrankungen und 2 Todesfälle vor. Die Seuche ist also wieder dicht vor den Thoren.

Auch in Galizien wird der Kommabacillus wieder lebendig. Vom 7. April bis 7. Mai wurden dort 39 Choleraerkrankungen und siebzehn Todesfälle gemeldet, vom 8. bis 15. Mai abermals 21 bezw. 7, alle so ziemlich in den bereits im Vorjahr heimgesuchten Bezirken.

Aus Lissabon und Dep. Finistère fehlen weitere Angaben.

In der Türkei ist besonders das Vilajet Siwas epidemisch von der Cholera befallen; innerhalb 3 Wochen (Mitte April bis 6. Mai) starben 442 Personen an der Seuche. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 19. Jahreswoche, vom 6.—12. Mai 1894, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 34,3, die geringste Sterblichkeit Bromberg mit 9,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Altona, Duisburg, Fürth, Nürnberg; an Diphtherie und Croup in Aachen, Barmen, Duisburg, Elbing, Gera, Köln, Magdeburg, Mainz, Münster, Remscheid, Rostock.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Dem Privatdocenten an der Universität Dr. Posner, Redacteur der Berliner klin. Wochenschrift, ist das Prädicat Professor verliehen worden. Privatdocent Dr. Benda übernimmt die Prosectur am städtischen Krankenhause am Urban. — **Breslau.** Prof. Soltmann hat einen Ruf nach Leipzig als Nachfolger Heubner's erhalten. — **Greifswald.** Professor H. Helferich wurde zum Geheimen Medicinalrath ernannt. — **Halle a. S.** Prof. Renk hat den Ruf als Director der Centralstelle für öffentliche Gesundheitspflege und ord. Professor der Hygiene am Polytechnicum in Dresden angenommen. — **Heidelberg.** Prof. Czerny hat den Ruf als Nachfolger Billroth's nach Wien abgelehnt.

Budapest. Zu Privatdocenten wurden ernannt die Doctoren J. Donath (Neurologie) und P. Terray (innere Medicin). — **Genf.** Dr. S. Keser habilitirte sich als Privatdocent für Dermatologie. — **Graz.** Prof. Escherich, der den Ruf nach Leipzig als Nachfolger Heubner's abgelehnt hat, wurde zum ord. Professor ernannt. — **Petersburg.** Der a. o. Professor der Dermatologie Dr. Polotebnow wurde zum ord. Professor ernannt.

(Todesfälle.) In Berlin starb der ordentliche Professor der Experimental-Physik Aug. Kundt.

In Cambridge starb am 23. ds. der Professor der Biologie George John Romanes.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Orth zu Speyer, Dr. Mohr zu Zweibrücken (Pfalz).

Verzogen. Dr. Friedrich Hornef von Falkenstein im T. nach Mitterfels; Dr. Feldkirchner als Director der Irrenanstalt nach Karthaus Prüll, Dr. Werner von Kindenheim nach Minfeld (Pfalz).

Abschied bewilligt. Den Stabsärzten Dr. Friedrich Hoffmann (Augsburg) von der Reserve, und Dr. Maximilian Neumaier (Regensburg) von der Landwehr 1. Aufgebots.

Gestorben. Dr. Carl Schauber, kgl. Hofrath, Augenarzt in Augsburg; der Assistenzarzt der Reserve Otto Klein (Hof) am 10. Februar zu Gardone Riviera in Italien; Dr. Hafen in Neustadt (Pfalz.)

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 20. Jahreswoche vom 13. bis 19. Mai 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 20 (22*), Diphtherie, Croup 42 (37), Erysipelas 14 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 10 (8), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (5), Parotitis epidemica 19 (12), Pneumonia crouposa 20 (13), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 35 (36), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (8), Tussis convulsiva 18 (20), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 22 (28), Variolois — (—). Summa 221 (210). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 20. Jahreswoche vom 13. bis 19. Mai 1894.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (1), Scharlach 1 (—), Rothlauf 2 (1), Diphtherie und Croup 9 (7), Keuchhusten — (3), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 5 (3), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 1 (3), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (2), andere übertragbare Krankheiten — (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 185 (165), der Tagesdurchschnitt 26,4 (23,6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24,7 (22,0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,7 (14,5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14,1 (12,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.